

Надежда Михайлова, Шатова Е. П., Спринц А. М.

Медицинская психология с элементами общей психологии

Подробная информация

- **Возрастное ограничение:** 0+
- **Дата выхода на ЛитРес:** 02 июня 2016
- **Дата написания:** 2009
- **Объем:** 540 стр. 56 иллюстраций

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

АД – артериальное давление

АТ – аутогенная тренировка

БОС – биологическая обратная связь

ВКБ – внутренняя картина болезни

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ВСД – вегетативно-сосудистая дистония

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

ЗПР – задержка психического развития

ИБС – ишемическая болезнь сердца

КГР – кожно-гальваническая реакция

ЛОР – лечебно-охранительный режим

МБК-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра

ЛОБИ – личностный опросник бехтеревского института

М. р. – медработник

НЛП – нейролингвистическое программирование

П. – пациент

ПДО – подростковый патохарактерологический диагностический опросник

ПСР – психическая саморегуляция

РНК – рибонуклеиновая кислота

ЧД – частота дыхания

ЧСС – частота сердечных сокращений

ЭМГ – электромиография

ЭЭГ – электроэнцефалограмма

MMPI – Миннесотский многофакторный личностный опросник

ПРЕДИСЛОВИЕ

Значение медицинской психологии для медицинских работников среднего звена трудно переоценить. Понимание того, что каждый пациент по-разному реагирует на собственное заболевание, позволит будущему медработнику дифференцированно осуществлять уход за больными. Понимание того, что качество медицинского и семейного окружения существенно сказывается на течении заболевания и на эффективности терапии, позволит медработнику среднего звена создать вокруг пациента благоприятную психотерапевтическую среду и проводить необходимую работу с близкими пациента. Это тем более важно, что *сестринский процесс* все более активно внедряется в жизнь лечебных учреждений, а при этих условиях медработник среднего звена, наряду с врачом, становится центральной фигурой в уходе и лечении, и также, наряду с врачом, занимается психотерапией. Знание медицинской психологии позволит медработнику среднего звена освоить и правила адекватного общения с пациентом.

Необходимо еще учитывать, что в повестке дня отечественного здравоохранения значится переход к *семейной медицине*,и медсестра должна стать помощником и партнером семейного врача. В этих условиях знание медицинской психологии приобретает еще большее значение; конкретно – возрастной психологии и психологии семейных отношений, поскольку в поле зрения семейной медсестры окажется все окружение больного. Совершенно справедливо утверждение американских специалистов по уходу: «Если в семье больной, значит, больна вся семья». Возрастным и семейным аспектам медицинской психологии мы посвящаем отдельные главы.

Наконец, излишне доказывать необходимость детального знания медицинской психологии работниками учреждений сестринского ухода, все более появляющихся в последнее время. Это геронтологические отделения, дома инвалидов, хосписы и некоторые другие.

Медицинская психология в своем развитии в России прошла сложный путь (см. гл. 2).

При создании учебника мы опасались впасть в две крайности: *во-первых*, уклониться в сторону физиологии за счет психологии (что являлось недостатком учебников и монографий по психологии до середины 1980-х гг.) и, *во-вторых*,чересчур глубоко вторгнуться в сферу психиатрии (хотя провести четкую границу между ней и медицинской психологией невозможно).

Поэтому при рассмотрении, например, отдельных психических функций (см. гл. 3) или темперамента (см. гл. 4) мы давали о физиологических основах внимания, памяти, эмоций и прочих психологических функций самые краткие сведения. В местах же неизбежного соприкосновения с психиатрией (например, при описании личностных аномалий – см. гл. 5 или девиантного поведения – см. гл. 6) мы рассматривали только пограничные состояния – неврозы, психопатии, но не основные душевные расстройства, например шизофрению.

При компановке учебника мы наметили определенное «поле тяготения» – центральную главу «Психологию больного» и именно к этой главе адаптировали данные предыдущих и последующих глав, сохраняя таким образом специфику нашего предмета (цели и задачи его см. подробно в гл. 1).

Отдельные главы, помимо вышеупомянутых, мы посвятили также психосоматическим и соматопсихическим взаимодействиям, а также психокоррекции и психотерапии. Отметим, что психосоматические состояния должны рассматриваться медицинской психологией неизбежно, так как в основе их возникновения лежат психологические причины, а лечение включает психотерапевтический подход. Что касается соматопсихических влияний, то они во многом определяют психологический профиль пациентов при отдельных заболеваниях, который при уходе, естественно, учитывать необходимо (см. гл. 7).

Медицинская психология, помимо специальных знаний, дает возможность *самопознания* для молодого человека, только вступающего в жизнь, а таковыми в большинстве своем являются наши студенты. Самопознание необходимо для адекватного выбора сферы будущей деятельности – то ли, скажем, в качестве медсестры хирургического, или педиатрического профиля, то ли выбравшей себе «кабинетные условия», например проведение инструментальных либо лабораторных исследований. Излишне доказывать значение знания нашими выпускниками психологии семейных отношений или психологии детей разного возраста.

Глава 1
ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ. СВЯЗЬ С ДРУГИМИ ОТРАСЛЯМИ ПСИХОЛОГИИ И КЛИНИЧЕСКИМИ ДИСЦИПЛИНАМИ. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1.1. Определение предмета. Задачи медицинской психологии

Медицинская психология является одним из ответвлений общей психологии: науки, изучающей нормальные психические процессы и личностные свойства человека.

В то же время однозначного определения медицинской психологии не существует. Практически в каждой известной монографии или учебнике приводятся то более, то менее отличающиеся определения (Блейхер, 1976; Конечный, Боухал, 1983; Кабанов [и др.], 1983; Матвеев, 1989; Волков [и др.], 1995; Левченко, 2000; Шкуренко, 2002; Менделевич, 2002; [и др.]). Более того, оспаривается и правомерность определения предмета как «медицинской психологии». Предлагается заменить его названием «клиническая психология» (хотя некоторые авторы считают их синонимами). В некоторых из приведенных выше литературных источников то же содержание объединяется термином «патопсихология». Мы не собираемся анализировать правомерность или неправомерность тех или иных названий предмета; для нас главным является то, что этот предмет именно под названием «медицинская психология» значится в плане учебных процессов в медицинских училищах или колледжах.

Определения медицинской психологии представлены в разных источниках то слишком узко, то неправомерно широко. Наиболее общие определения: «новая область знаний, являющаяся соединением психологии и медицины» (Кабанов [и др.], 1983); «переплетение вопросов психологии и основных задач медицины» [Матвеев, 1989].

Авторы, проанализировав многообразные литературные источники, избрали следующее определение.

В проблемы и задачи медицинской психологии входит исследование личности пациента в болезни, как соматической так и психической; изучение психических факторов, влияющих на развитие болезней, их профилактику и лечение; изучение влияния тех или иных болезней на психику; изучение отношений больного человека с окружающей его микросредой.

В психологии различают теоретические направления и ответвления; медицинскую психологию подразделяют на общую и частную.

Теоретические направления включают историю, философские основы и методологию предмета. *Медицинскую психологию* рассматривают как одно из «ответвлений», однако в нашем учебнике не раз придется касаться теоретических основ психологии. *Общая часть* включает изучение основных закономерностей психологии больного человека, учение о личности больных, о психологии медработников, их оптимальных взаимоотношениях как с пациентом, так и между собой; вопросы этики, деонтологии; изучение соматопсихических и психосоматических отношений, а также вопросы психокоррекции и психотерапии.

Частная медицинская психология включает изучение тех же вопросов, но относительно отдельных заболеваний и состояний. Особенно при этом выделяется важность исследования состояния больных на этапе подготовки к хирургическим операциям, психологии больных с дефектами отдельных органов и систем (слепота, тугоухость и т. п.), а также регистрацию пограничных невропсихических нарушений при отдельных заболеваниях.

(!) Недооценка значимости медицинской психологии в лечебном процессе ведет к обезличиванию пациента и в конечном счете к безразличию к нему.

Ниже перечислены задачи медицинской психологии, определяющие названия отдельных ее разделов:

1. Изучение изменения отдельных психических функций при соматических и психических заболеваниях.

2. Исследование типов личности пациентов (включая акцентуации и аномалии)
Предваряя данные гл. 4, где акцентуации и аномалии будут описаны подробно, даем для понимания текущего материала их краткие определения. *Акцентуация* – чрезмерная выраженность отдельных черт характера без нарушения социальной адаптации индивидуума. *Аномалии* — грубые и постоянные расстройства личности с невозможностью полной социальной адаптации. определяющих реакцию пациента на болезнь. Определение и обобщение типов реакции на болезнь.

3. Изучение психологии медработников, их взаимоотношений (врача, медсестры, младшего медперсонала).

4. Изучения психологии лечебного взаимодействия, в том числе психологии общения с пациентом; медицинской этики и деонтологии.

5. Изучение соматопсихических взаимоотношений и психосоматических состояний как существенных при происхождении, течении и терапии болезни.

6. Исследование психологического профиля больных при различных заболеваниях.

7. Изучение так называемого «девиантного» (отклоняющегося) поведения, во многом определяющего реакции пациента на окружение.



Рис. 1.1. Круг лиц, оказывающих медико-психологическую помощь пациенту (Менделевич В. Д., 2002)

8. Исследование возрастной клинической психологии; возраст также во многом определяет психологию больного, возможность возникновения при разных ситуациях психосоматических и невротических состояний.

9. Изучение психологии семейных отношений, также имеющих немалое значение при возникновении болезни, влияющих на течение болезни и эффективность терапии.

10. Психокоррекция, психотерапия, психологическое консультирование (последнее является исключительной прерогативой специалиста-психолога) (рис. 1.1).

1.2. Связь медицинской психологии с другими ответвлениями общей психологии и клиническими дисциплинами

Роль психологии в общественной жизни неуклонно возрастает, и специалист, вооруженный знанием психологии, становится все более востребованным. Помимо медицинской психологии, от общей психологии ответвляется еще целый ряд отраслей.

1. Психология труда.

2. Инженерная психология (изучает вопросы, связанные с деятельностью человека, стоящего у пульта управления автоматизированными системами).

3. Психология торговли (в современных условиях, скорее, бизнеса).

4. Социальная психология (психология взаимодействия социальных групп).

5. Педагогическая психология.

6. Юридическая психология (в свою очередь имеющая ответвления – криминальная психология и др.).

7. Психология искусств (творчества).

8. Военная психология (авиационная, космическая и др.).

9. Спортивная психология.

10. Сравнительная психология (использующая филогенетический подход – в том числе зоопсихологию).

11. Возрастная психология (использующая онтогенетический подход).

12. Психология аномального развития (разделяется, наверное, на наибольшее число отраслей: олигофренопсихологию; сурдопсихологию – слабослышащих; тифлопсихологию – слабовидящих и незрячих; и др.)

Здесь перечислены не все отрасли.

Нетрудно заметить, что провести строгие границы между сферами исследования отдельных отраслей психологии совершенно невозможно. В том числе и медицинская психология связана практически с каждой из них. Основная задача медицинской психологии – изучение психологии больного – касается и лиц с аномальным развитием, это в доказательствах не нуждается. Точно так же медицинская психология немыслима без привлечения данных возрастной психологии, изучающей разные группы – от младенцев до глубоких стариков.

Социальная психология включает конфликтологию, а неразрешимый межличностный конфликт (в так называемой «деструктивной» фазе) – прямой путь к возникновению невротических и психосоматических состояний. Такие же последствия, помимо медицинской психологии, изучает психология труда, военная, спортивная психология (вспомните, какой трагедией для человека являются поражение, конец карьеры, невостребованность). Все это, по сути дела, касается и психологии искусств. И, несмотря на кажущуюся большую «низменность» занятий, это касается и психологии бизнеса (может быть, в наше неустойчивое время – в большей степени). Частые невротические заболевания детей

вызванные той же неустойчивостью, ситуацией насилия в семьях и рядом других причин, обусловливают переплетение интересов медицинской и педагогической психологии. Наконец, криминальная психология, как и медицинская (как и педагогическая), изучает лиц с так называемым девиантным (отклоняющимся) поведением, например со злоупотреблением психоактивными веществами (так называемым «аддиктивным» поведением), с асоциальным расстройством личности и др. На стыке криминалистики и медицины родилась, например, теория о «врожденном преступнике» Ч. Ломброзо.

Что же касается связи медицинской психологии с клиническими дисциплинами, то суть этого кратко и точно выражена в монографии В. Т. Волкова [и др.] (1995).

«…Правомерно говорить, что медицинская психология является пропедевтикой ко всем клиническим дисциплинам».

«Пропедевтика» в переводе с древнегреческого означает «предварительное обучение». Следовательно, будущий специалист-медик должен вступать в клиническое отделение любого профиля, уже вооруженным знанием медицинской психологии, и это становится ясным, если еще раз просмотреть перечень ее задач.

1.3. О парапсихологии, экстрасенсорике и более низменном

Безусловно, что одной из задач выпускников медицинских училищ и колледжей, так же как и уже работающих специалистов среднего звена, должно быть увеличение медицинской культуры населения, предостережение людей от увлечения модными, но бездоказательными явлениями, особенно если они предлагаются в качестве основы методов лечения.

Встречается мнение, что одним из разделов медицинской психологии является «парапсихология». Несмотря на семантическое сходство терминов, теоретические основы подхода к пациенту в медицинской психологии и парапсихологии являются совершенно противоположными. Парапсихология к нашему предмету не имеет ни малейшего отношения. Парапсихология в практическом аспекте ее применения является не методом лечения, а целительством; феномены, которые она провозглашает, пока не реальностью, а верованием.

Парапсихология исходит из веры в существование сверхъестественных, сверхсознательных (то есть не поддающихся пониманию) явлений. Среди них особенное значение придается «экстрасенсорике», т. е. в буквальном переводе – «сверхвосприятию», способности чувствовать без участия органов восприятия какие-то изменения в теле другого человека либо его душевные проблемы. На основе этой веры предлагается «экстрасенсорное целительство». Оно, как и другие пропагандируемые феномены, основано на вере в существование особого «поля», которое называется «биоэнергетическим» или «биогравитационным», исходящим и от клиента, но, особенно, от самого целителя, то есть способностью к биоэнергетике обладают не все.

Биоэнергетикой объясняются и другие парапсихологические феномены – телепатия (способность к передаче мыслей на расстоянии); телекинез (способность к передвижению предметов без участия органов движения) и другие пропагандируемые «экстрасенсорные явления».

Скажем лишь, что многолетние дебаты и даже экперименты существования «биоэнергетического поля» так же, как и прочих парапсихологических явлений пока не подтвердили. В настоящее время страницы газет, особенно рекламных, пестрят предложениями об излечении с помощью экрасенсорики самых разных болезней и облегчении человеческих проблем. На тех же страницах можно найти объявления о снятии «порчи», «сглаза» и т. п., и это не случайно, так как экстрасенсорика и ворожба одинаково основаны на вере в сверхъестественное. Среди сторонников экстрасенсорики мелькают лица с учеными степенями. Зачастую трудно определить, являются ли упорные сторонники парапсихологии лицами с чертами характера фанатиков либо речь идет о мошенничестве. Особенно настораживает то, что экстрасенсорное целительство предлагается зачастую как «панацея» – средство от всех болезней, и этим в круг клиентов парапсихологов вовлекается большое число людей. Между тем изучение клинических дисциплин, этиологии и патогенеза болезней должно убедить специалиста-медика среднего звена (не говоря о высшем), что панацея в терапии любых патологических состояний не возможна.

Увлечение сверхъестественными явлениями всегда возникало в переходные периоды истории (в начале XX в. – при разочаровании в революционном движении; в «оттепель» – после развенчания «культа личности»; наконец, в «перестройку» и послеперестроечный сегодняшний период). Общая причина взлета сегодняшних верований – неуверенность в завтрашнем дне, в возможность добиться благополучия и удовлетворительного качества жизни. Частная причина верования в «экстрасенсорное целительство» – бессилие современной медицины перед лицом большого количества болезней.

Весьма детально различия в психотерапевтическом подходе и экстрасенсорном целительстве анализирует В. Д. Менделевич (2002).

Экстрасенса не интересует диагностический процесс, он не учитывает противопоказаний к применению своего метода, он не требует активного участия пациента в лечебном процессе. Ответственности за собственные результаты он не несет, а сами результаты лечения – субъективны.

Многолетние попытки применения экстрасенсорного целительства обозначились четким нулевым эффектом (вспомните канувшие в Лету имена Кашпировского или Чумака). Единственным исключением могут быть истерические расстройства, при которых ярко представлены явления повышенной внушаемости и самовнушения. Однако то же излечение истерических расстройств наблюдалось после применения гипноза, пустых пилюль (так называемого «плацебо») и даже «святой воды» в средние века. Так что и к излечению истерии парапсихология ничего не прибавила.

В то же время, обращение к целителю вместо специалиста-медика, в том числе специалиста-психолога, может иметь самые печальные последствия: запоздалую диагностику и отсюда неэффективность лечения целого ряда болезней (назовем хотя бы злокачественные новообразования или нервно-психические болезни). Да и при другой патологии ряд болезней, излечимых в острой фазе, при запоздалом обращении к настоящему специалисту *после* целителя могут принять более тяжелое хроническое течение (приведем в качестве примера неврозы).

Грамотный медицинский работник среднего звена должен предостерегать своих пациентов и членов их семей (особенно при внедрении «семейной медицины») от веры в панацею, приводя доказательные примеры; должен внедрять в их сознание преимущество «доказательной медицины» перед неимеющим никакой теоретической основы бездумным целительством.

1.4. Современные методы исследования в медицинской психологии

Методы общей и медицинской психологии во многом пересекаются, и это естественно, поскольку методы, например, исследования памяти, внимания, мышления, темперамента, применимы как в «здоровой» группе, так и для больных; более того, «здоровая группа» используется как эталон сравнения.

В то же время некоторые разработанные методы учитывали потребности именно медицинской психологии. Они разрабатывались преимущественно в Санкт-Петербургском (ранее Ленинградском) психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева. Это ЛОБИ – «личностный опросник бехтеревского института», с помощью которого исследуются самочувствие пациентов, их отношение к болезни, лечению, медперсоналу, семье, будущему и многое другое. Это ПДО – «патохарактерологический диагностический опросник», с помощью которого определяются: тип личности подростков, акцентуации и аномалии, наклонность к уже упомянутому нами девиантному поведению
Большое практическое значение имеет разделение методик на пригодные к использованию в сестринском процессе, т. е. медработниками среднего звена, и пригодные лишь для использования специалистами-психологами либо лицами, прошедшими соответствующую специализацию.

Для медработников среднего звена вполне доступны большинство методов исследования состояния отдельных психических функций, некоторых свойств личности (например, темперамента, самооценки, степени тревожности). Это методы с несложной, нетрудоемкой процедурой проведения, а главное с однозначной интерпретацией результатов и простой их обработкой. В то же время, методы исследования свойств личности, типов акцентуаций и аномалий, интеллекта доступны лишь для специалиста-психолога. Их процедура трудоемка, неприменима в рутинной работе медсестры; обработка и интерпретация результатов сложна и неоднозначна.

Ниже приводим классификацию методов психологических исследований (за исключением психоаналитических подходов).

В. Д. Менделевич подразделяет методы, применимые в медицинской психологии, на *три основные группы*:

1. Клиническое интервьюирование.

2. Экспериментально-психологические методы исследования (психологический эксперимент).

3. Методы оценки эффективности психокоррекционного и психотерапевтического воздействия

Клиническое интервьюирование. В некоторых учебниках и монографиях «клиническое интервьюирование» раньше именовалось методом «беседы». Кроме того, иногда отдельно выделялся метод «наблюдения», который, впрочем, неотделим от беседы (Конечный Р., Боухал М., 1983).

Существенно, что интервьюированием обозначается и первая стадия сестринского процесса см., например (А. М. Спринц [и др.], 2002). И при проведении сестринского процесса интервьюирование включает определение отношения пациента к болезни, медицинскому и семейному окружению и многое другое, совпадающее с целями клинико-психологического интервьюирования.

Целями клинического интервьюирования в медицинской психологии является выявление жалоб (проблем) пациента, отношения пациента к болезни, «внутренней картины болезни», помощь пациенту в формулировании собственных проблем и осознании скрытых мотивов его поведения, психотерапевтическая помощь пациенту (при первом интервью – предварительная). Важнейшая задача первого интервью – оценка так называемой «фрустрационной толерантности» пациента, что в дальнейшем подкрепляется проведением соответствующих психологических тестов.

Под «*фрустрацией*» (хотя определения и несколько разнятся) понимаются особенности переживаний и поведения человека, вызванные объективно непреодолимыми или субъективно воспринимаемыми трудностями, возникающими на пути к достижению реальных целей и задач (см. раздел 7.2).

«*Фрустрационная толерантность*» способность переносить фрустрацию, без нарушения психологической и социальной адаптации. Представим себе пациента, впадающего в панику даже при нетяжелых первых признаках болезни, мгновенно забывающего о своих общественных и семейных обязанностях; либо пациента с действительно серьезным заболеванием, проводящего дни в «прослушивании» места тела, где, по его мнению, сосредоточена болезнь. Это – примеры низкой фрустрационной толерантности. С другой стороны, вспомним А. П. Чехова, неизлечимо (по тем временам) больного туберкулезом легких, написавшего в последние годы жизни самые замечательные пьесы, поддерживающего контакты с друзьями – писателями, актерами.
Условиями успешного клинического интервьюирования являются достижение максимальной доверительности и применение адекватных невербальных и вербальных методов общения: правильная социальная дистанция между собой и пациентом – около 1,5 м; мягкий тембр голоса и жесты, избегание вопросов «в лоб» («А не бывает ли у вас галлюцинаций? Вы ведь плохо спите?»), правильная последовательность вопросов (желательно после предварительного ознакомления с медицинскими данными составить рабочую схему), частые одобрения пациента при детальных ответах на вопросы и успешности проведения беседы. Если клиническое интервьюирование и экспериментальное исследование проводятся в один день, желательно разделить беседу на два этапа: до и после эксперимента. При предварительной беседе следует составить впечатление о самооценке пациента, его отношении к интервью, эксперименту и лицу, их производящему. После эксперимента следует еще раз пациента одобрить и выяснить у него, получил ли он и в какой степени помощь в результате беседы. Естественно, во время интервью необходимо наблюдать за мимикой, интонациями голоса пациента, его реакциями при удачных и неудачных ответах. Следует максимально возможно воздерживаться от замечаний.

Количество **экспериментально-психологических методов** исследования весьма велико. В общем их классификации и перечни, приводимые в разных литературных источниках, совпадают. Представляется возможным привести два рода классификаций.

А. По форме:

1) тестовые задания;

2) вопросники (в некоторых литературных источниках – «опросники»);

3) проективные методики.

Б. По назначению:

1) простые методы исследования состояния отдельных психических функций;

2) психометрические шкалы исследования интеллекта;

3) методы исследования индивидуальных различий;

4) методы исследования основных личностных свойств.

Тесты представляют собой специальные наборы и материалы, с которыми работает испытуемый. Процедура теста должна быть максимально ограждена от случайных влияний. Результаты их применения должны быть четко обозначены: норма, пограничные результаты, патология.

Приводим в качестве примера пробу с запоминанием 10 не связанных по смыслу двусложных слов, произносимых с интервалом в 2 с. Здоровые испытуемые воспроизводят их полностью после 5 – 7 повторений, не больше; более низкие результаты рассматриваются как патология.

В отдельных *вопросниках* может содержаться от полутора десятков до двух сотен вопросов, в зависимости от их назначения. Вопросники делятся на открытые и закрытые. В вопросниках открытого типа ответы могут даваться в свободной форме; в вопросниках закрытого типа предусмотрены ответы типа «да – нет», либо выбор одной из градаций ответа: обычно в цифрах от 1 до 4.

Примеры. При исследовании уровня притязаний (см. гл. 4) по Б. И. Бежанишвили испытуемого просят воспроизвести названия определенного количества имен, городов, названий цветов и т. д. Выбор свободный, тест – открытый. Противоположный пример: при проведении теста Леонгарда – Шмишека для исследования акцентуаций (см. радел 1.1.) испытуемому задают ряд вопросов; в ответ на каждый из них он должен выбрать один из 4 вариантов ответа. Вопрос: «Вы чувствительны к оскорблениям?» Варианты ответов: «Нет, это совсем не так» – 1 балл; «Пожалуй, так» – 2 балла; «Верно» – 3 балла; «Совершенно верно» – 4 балла. Это вопросник закрытого типа. В исследовании темперамента и некоторых других свойств личности по методу Айзенка предусмотрены ответы «да» или «нет». Например: «Верно ли, что вас легко задеть?» или «Вы любите часто бывать в компаниях?» Это также вопросник закрытого типа.

При проведении *проективных методик* испытуемому предлагается неопределенный стимульный материал, который он должен дополнить, развить или интерпретировать.

Например, в одном из вариантов метода незаконченных предложений испытуемому предлагаются первые части предложений: «Хотелось бы мне перестать бояться…» или «Больше всего я люблю людей…».

Приводим общее описание *экспериментально-психологических методов* по их назначению7**7**

В последующих главах методики, доступные для использования в сестринском процессе, будем описывать подробно; предназначенные для специалиста-психолога – только в части их назначения, самого общего описания процедуры и возможных интерпретаций.

1. Методы исследования состояния отдельных психических функций – внимания, памяти, мышления, эмоций, сенсомоторных реакций и др. В этих случаях используются тестовые задания; большинство из них пригодно для использования в сестринском процессе.

2. Психометрические методы исследования интеллекта. Все предлагаемые для этого методы сложны и трудоемки и в рутинной работе медработников среднего звена непригодны. Предлагается выполнение ряда субтестов; некоторые представлены вопросниками, обычно открытого типа (например, на общую осведомленность или на определение значения слов); некоторые представляют стандартизированные тестовые задания (например, нахождение недостающих деталей в картине). Достаточно сложна и процедура обработки результатов. Таким образом, эти методы предназначены для использования только специалистом-психологом.

3. Методы для исследования индивидуальных различий (или особенностей). Имеются в виду методы исследования темперамента, уровня самооценки, уровня притязаний, степени тревожности, наконец – типов личности, в том числе акцентуаций и аномалий. Как правило, для этого используются вопросники, более или менее объемные. Некоторые из них доступны к использованию в сестринском процессе (например, исследование ситуационной и личностной тревожности по шкале Спилбергера – Ханина, где обработка результатов несложна). Некоторые трудоемкие методы предназначаются только для работы лиц со специальной психологической подготовкой.

4. Проективные методы исследования личности. При их использовании дается обобщенная оценка ряда личностных свойств (например, неосознаваемых побуждений), внутриличностных конфликтов, идентификации испытуемого с его «героем», степени давления среды и способов защиты. Определяется и степени фрустрации, и направленность реакции на фрустрационную ситуацию («*экстрапунктивная*» – направленная на окружение; *«интрапунктивная»* – на самого себя; «*импунктивная*» – признание ситуации малозначащей). Проективные методы сложны, и скорее не трудоемкостью, а сложностью и неоднозначностью интерпретации результатов. Их проведение доступно лишь психологу с определенным опытом и высокой квалификацией.

Методы оценки эффективности психокоррекционного и психотерапевтического воздействия. Для этого предлагается использовать специальные шкалы, разработанные М. Д. Карвасарским (1985).

Исследуются следующие показатели:

1) степень симптоматического улучшения;

2) степень осознания психологических механизмов болезни;

3) степень изменения нарушенных отношений личности;

4) степень улучшения социального функционирования.

Работа должна проводиться опытным специалистом-психологом.

Как правило, для контроля эффективности проводимой терапии может использоваться большая группа тестов, например приводимые нами методы исследования памяти либо шкалы для исследования тревожности.

Темы для рефератов и дискуссий по материалам главы 1

Рефераты:

1. Чем меня привлекает изучение психологии (практической пользой, возможностью самопознания, другим)?

2. Какие разделы (ответвления) психологии мне кажутся наиболее интересными и почему?

3. Какие из задач и разделов медицинской психологии мне кажутся наиболее интересными и полезными практически и почему?

4. Пример больного, которого вы наблюдали в клинике (писали сестринскую историю болезни). Как правильно построить интервьюирование?

Дискуссия:

Мое отношение к парапсихологическим феноменам – отрицание, вера, другое; на чем оно основано?

Глава 2
КРАТКИЙ ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ШКОЛЫ

2.1. Основные исторические вехи развития медицинской психологии

В ряде литературных источников, в том числе отечественных, основателем медицинской психологии называется выдающийся немецкий ученый *Эрнст Кречмер*, разработавший стройную систему классификации типологии личности. Он же указал на закономерности перехода определенного типа личности в определенные же аномалии (см. гл. 1) и болезни. Другой, может быть, еще большей, заслугой Эрнста Кречмера было установление взаимосвязи между типами личности и типами телосложения   Разработкам Эрнста Кречмера посвящен целый раздел в гл. 4. Ученым в 1922 г. была впервые опубликована монография «Медицинская психология», из-за чего частично Э. Кречмер и считается первооткрывателем данного предмета.

На самом деле медицинская психология не могла возникнуть на пустом месте, вдруг. И здесь обращаемся к именам, составляющим гордость российской науки. В 1885 г. в Казани *Владимир Михайлович Бехтерев* (будущий санкт-петербургский ученый) открыл первую лабораторию экспериментальной психологии и среди ее задач выделил «изучение ненормальных проявлений психической сферы, поскольку они освещают задачи психологии нормальных лиц» (рис. 2.1).

В 1896-м г. выдающийся отечественный психиатр *Сергей Сергеевич Корсаков* открывает аналогичную лабораторию в Москве. Оба они стоят у истоков одной из ветвей нашей дисциплины – «Патопсихологии», изучающей изменения отдельных психических процессов в разных условиях и при различных заболеваниях.



Рис 2.2. Герман Эббингауз

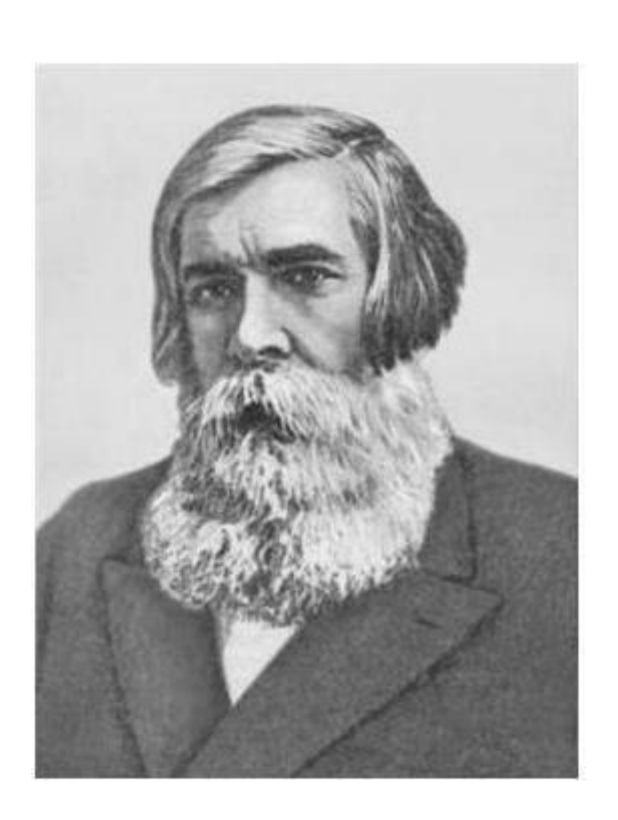


Рис 2.1. Владимир Михайлович Бехтерев

Было бы неправильным отнести экспериментально-психологические исследования только к российским достижениям. Несколько раньше в Лейпциге первую психологическую лабораторию основал *Вильгельм Вундт*.

Другой немецкий ученый — *Герман Эббингауз* провел капитальные исследования по психологии памяти, процессу забывания (рис. 2.2). Эти ученые относительно мало занимались патологическими изменениями психических процессов, однако их методические приемы используются до сих пор.

Примерно в те же годы французский ученый *Жан Рибо* предложил изучать закономерности психической деятельности не только у здоровых, но и у душевнобольных, обогатив таким образом направления работ немецких исследователей.

Говоря о родоначальниках «личностного подхода» к изучению психической деятельности, следует упомянуть известного русского ученого *Григория Ивановича Россолимо*, его работу «Психологические профили. Метод количественного исследования психологических процессов в нормальном и патологическом состоянии» (1910). Им впервые употреблялись для исследования психометрические шкалы с оценкой результатов по 10-балльной системе.

Высказывания, касающиеся деонтологии и этики – неотъемлемой части медицинской психологии, известны с древнейших времен.

Так, в древнеиндийском трактате «Аюверда» (в переводе – «Книга жизни», или «Наука жизни») излагается концепция медицинской этики и приводятся наставления врачу. Такие учения развивались и в Древней Греции, например в трудах знаменитого Гиппократа, что нашло отражение в «Клятве» его имени, которую непременно дают выпускники медицинских учебных заведений. «Клятва» во времена Гиппократа была направлена против шарлатанов, вымогателей и стяжателей от медицины. Оказывается, как давно они появились!

Вопросам деонтологии уделяла немалое внимание в своих трудах английская медсестра *Флоренс Найтингейл*, основатель учения о сестринском процессе. Ее именем названа медаль, присуждаемая как высшая награда за качественный уход за больными.

Отметим один небезынтересный исторический казус. Еще в IV – V вв. н. э. Блаженный Августин в своей книге «Исповедь» признавал существование в человеке скрытых мотиваций, не воспринимаемых сознанием, а также отстаивал изначальную порочность человеческой природы, особенно яростно возражая против представления о «невинности младенцев». Его книга предвосхитила появление психоаналитического учения Зигмунда Фрейда.

В XX в. пути отечественной и зарубежной психологической науки заметно разошлись. В СССР происходила постепенная подмена психологии (в частности, медицинской) физиологией, и рассмотрение отдельных психических процессов, без подробных описаний их материального субстрата, грозило обвинениями в субъективном идеализме. В то же время на Западе было выдвинуто немало новых, зачастую противоречащих друг другу психологических концепций (Фрейда, Юнга, Адлера, Скиннера и др.). Большинство из них в целом спорны, однако предложенные методики в медицинской психологии, особенно в неврозологии и при изучении психосоматических состояний, используются до сих пор.



Рис . 2.3. Владимир Николаевич Мясищев

С 1960-х гг. позиции отечественных и зарубежных психологов постепенно сближались. Однако и за истекшие до этого годы достижения отечественных ученых нельзя рассматривать как нулевые. Так, в период Великой Отечественной войны появилась замечательная работа *Александра Романовича Лурия* «Внутренняя картина болезней и иатрогенные Отметим, что под иатрогениями (или ятрогениями) подразумеваются болезненные состояния, вызванные неосторожным словом или действием медработника (см. гл. 11). заболевания» с четким анализом реакций пациентов на собственное болезненное состояние. Термин «внутренняя картина болезни» в ходу до сих пор.

Возрождению отечественной психологии больше всего способствовали исследования ученых Ленинградского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева – в первую очередь его ученика *Владимира Николаевича Мясищева* (рис. 2.3). Он еще в 1952-м г. провозгласил, что вопросы психологии в медицине не являются достоянием «психопатологии», а касаются всей медицины. В ходе каждой болезни необходимо учитывать и иметь в виду личность больного.

В. Н. Мясищевым был опубликован ряд работ по медицинской психологии, в которых отстаивался индивидуально-личностный подход к болезни. В числе работ – учебник для медицинских училищ «Основы общей и медицинской психологии» (1968).

И после кончины В. Н. Мясищева (1973) развитию медицинской психологии способствовали работы ряда ученых института им. В. М. Бехтерева: *Модеста Михайловича Кабанова, Михаила Дмитриевича Карвасарского, Андрея Евгеньевича Личко* (создателя вышеупомянутых методик ЛОБИ и ПДО) и ряда других.

Нельзя, конечно, утверждать, что развитию медицинской психологии способствовали работы лишь ленинградских (санкт-петербургских) ученых. Весомый вклад в развитие медицинской психологии и психотерапии был сделан *Констан-тином Константиновичем Платоновым*, также сторонником «личностного» подхода к пациенту, утверждавшим в 1977 г., что «предметом медицинской психологии является личность больного, а также внешние и внутренние влияния, которые могут отразиться на психическом здоровье». Большое количество замечательных работ (правда, под названием «Патопсихология») было опубликовано московскими учеными *Сергеем*

Леонидовичем Рубинштейном, Блюмой Вульфовной Зейгарник, Вадимом Моисеевичем Блейхером и др. На них мы будем неоднократно ссылаться.

2.2. Психологические школы

Необходимость ознакомить студентов средних медицинских учебных заведений с концепциями некоторых психологических школ (распространяющихся и на сферу интересов медицинской психологии) объясняется увеличивающимися контактами студентов разных стран, а также отечественных и зарубежных медсестер и фельдшеров, что позволит им говорить «на одном языке».

Отметим при этом, что для зарубежных медсестер (считающихся специалистами по уходу с высшим образованием) теоретические взгляды различных школ излагаются широко. Так, в учебнике для медсестер США предлагаются концепции семи школ. Кроме того, там же приводятся примеры контактов специалистов, исповедующих различные взгляды, с пациентами, в частности при психотерапии. Среди отечественных пособий для студентов средних медицинских учебных заведений разбор воззрений различных школ широко представлен в монографии Д. А. Шкуренко (2002).



Рис . 2.4. Зигмунд Фрейд

В настоящем учебнике представлены самые распространенные концепции и, в первую очередь, психоанализ *Зигмунда Фрейда*, чьи труды, несмотря на 100-летнюю давность, не потеряли теоретической и практической значимости (рис. 2.4). В определенное время в нашей стране труды Фрейда переводили и изучали; в дальнейшем последовало полное его отрицание с обвинениями в субъективном идеализме, волюнтаризме, пансексуализме и во многом другом. В настоящее время к его трудам вернулись

Основные положения психоаналитической теории. Практическое применение

Зигмунд Фрейд, ученик знаменитого французского психоневролога Жана Мартена Шарко, начал свою деятельность с нового подхода к терапии гипнозом и лечения истерии, а пришел в конце концов к глобальной теории, объясняющей психическую жизнь человека, природу наук и искусств, политических эксцессов и, что наиболее для нас важно, – происхождение ряда невротических и психосоматических расстройств (к объяснению «чисто» психических расстройств относился осторожно). С конца XIX в. и до 20-х гг. XX в. он изменял и усовершенствовал свои взгляды и концепции, что говорит о его постоянной упорной работе. В окончательном виде его взгляды можно (кратко!) обобщить следующим образом.

1. Психический аппарат человека возможно разделить на три большие области: «Оно» («Ид») – чисто подсознательная инстинктивная область потребностей и влечений; «Я» («Эго») – частично сознательная, частично подсознательная область контроля над «Оно», своего рода – цензура. «Эго» пропускает инстинкты и влечения в сознание либо подвергает их разнообразным изменениям; «Над-Я» («Супер-Эго») – скорее область сознания, чем подсознания, однозначна с понятием «Совести». Ее функция – привести «Эго» (включая переработанные им влечения) в соответствие с моральными принципами общества.

Фрейд никогда не говорил о материальном субстрате определяемых им трех психических сфер, что и повлекло за собой обвинения в идеализме.

2. Человеком движут подсознательные инстинкты, которые Фрейд обозначал как «Эрос» и «Танатос». Последнее – это стремление к агрессии и разрушению (ранние взгляды Фрейда) и стремление к смерти (окончательные взгляды). «Эрос» – сексуальные влечения с мощной энергией «либидо» и основными принципами: удовольствия, постоянства и сопоставления с реальностью. В своем развитии сексуальный инстинкт ребенка проходит ряд стадий. Первая – аутоэротическая стадия развития (направленная на себя) с этапами – оральной, анальной и генитальной эротик. Далее возникает «эдипов комплекс» – страстная любовь мальчика к матери (реже девочки к отцу) с враждебным отношением к отцусопернику. Далее возникает «комплекс кастрации» – жажда подавления другого. Затем следует латентный период с колебаниями форм нравственности, стыда и отвращения. Далее – истинная сексуальность, сначала направленная на сладострастие, затем на репродуктивную функцию.

Такая подробная трактовка детского «эроса» и обусловила обвинения Фрейда в «пансексуализме».

Все проявления «эроса» с мощной энергией «либидо» могут вступать в противоречие с требованиями общества, в частности в лице родителей, и тогда в действие вступает «эго», вытесняя инстинкты в подсознание. Но они прорываются сквозь цензуру «эго» другими путями – в сновидениях (их Фрейд называл «королевской дорогой подсознания»), в ошибках и оговорках или, наконец, обусловливая появление неврозов, расстройств поведения или психосоматических состояний.

Так, например, подавление средой аутоэротических стимулов приводит к возникновению «нарциссизма» (постоянного самолюбования).

По Фрейду каждый человек в большей или меньшей степени страдает неврозом.

3. «Эго» («Я») может вытеснять и преобразовывать нежелательные для реальности влечения и инстинкты различными способами (здесь приведены не все):

а) подавлением (что не приводит к решению проблемы);

б) отрицанием (неприятие инстинктов как реальности приводит в конце концов к бегству в фантазию или к абсурдным действиям);

в) изоляцией – отделением от остальной сферы души (это приводит к появлению идеала, как будто не соприкасающегося с собственными чувствами);

г) проекцией – предписыванием другому человеку, животному или объекту собственных чувств, качеств и намеренний (это перенесение рассматривается как одно из проявлений так называемого «трансферта» и используется в лечебном процессе, обусловливая способ общения с пациентом. Как изоляция, так и проекция представляют перемещение аспектов личности изнутри вовне);

д) сублимацией – нахождением для вытесненной энергии способа использования в виде полезной деятельности, например общественной (в этом процессе участвует и «Супер-Эго»);

е) рационализацией – приведением неприемлемых свойств и мотивов в соответствие с требованиями общества ппутем самоанализа причин и следствий (этот способ осуществляется благодаря давлению «Супер-Эго»).

4. Задача терапевта-психоаналитика – выявить и оценить вытесненные детские комплексы и, главное, поставить их под контроль сознания. Осознавание их пациентом – путь к быстрому излечению, очищению (катарзису). В начале своей работы Фрейд стремился к выявлению подавленных инстинктов и достижению катарзиса в гипнозе. В дальнейшем он отказался от лечебного использования гипнотического сна и перешел к методу «свободных ассоциаций»: клиенту предлагалось говорить все, что он хочет в данный момент, и при этом переживания детства возникали неизменно. Кроме того, Фрейд непременно использовал анализ сновидений своих пациентов и их ошибочных действий (описок, оговорок).

В процессе общения с пациентом психоаналитик большей частью ведет себя нейтрально – слушает, но не говорит (кроме заключительных, обобщающих результаты беседы слов). Этим он вызывает агрессивную реакцию пациента, переносящего на врача собственные переживания, т. е. возникает одно из проявлений упомянутого нами «трансферта».

Положения Фрейда не могут быть объективно доказуемыми, принимаются на веру (он сам называл свое учение – мифом). Тем не менее они удивительно легко воспринимаются даже без чтения его книг. Но бездоказательность всегда следует иметь в виду, изучая данные этой главы или увлекшись психоанализом. Заслугой Фрейда, безусловно, является попытка объяснения закономерностей субъективной жизни человека вместо одной лишь оценки результата психического акта. Фрейд впервые подчеркнул значение подсознательных инстинктов и действий, огромное значение ранних детских впечатлений; предпринял весьма небезынтересную попытку объяснения механизма неврозов и психосоматических состояний.

Приводим пример излечения невроза при использовании метода «свободных ассоциаций» [Свядощ, 1959].

У студентки 19 лет возникали дрожание, страх и рвота, когда ее обнимал молодой человек. Возникла угроза замужеству. Применение классического метода рациональной терапии, убеждения, что все явления возникают по механизму условного рефлекса, не помогло; три беседы были безрезультатны. Во время четвертой беседы пациентке было предложено, сидя в кресле, вспоминать и говорить все, что придет в голову, без всякого отбора. Она говорила долго, но вдруг замолчала и осеклась. При настойчивой просьбе рассказать, о чем она только что подумала, сообщила, что в возрасте 8 лет — *в период перехода от аутоэротических влечений к истинному сладострастию* (курсив наш. – Авт.) увидела отвратительную сексуальную сцену между своей сестрой и ее женихом. «Теперь я понимаю, – сказала пациентка, – что когда мой жених целует меня, это, видимо (!), напоминает мне о тех событиях и вызывает рвоту».

У больной наступило быстрое и полное выздоровление.

Другие психологические школы

Двое из учеников Зигмунда Фрейда — *Альфред Адлер* и *Карл-Густав Юнг* – разошлись во взглядах со своим учителем и основали собственные психологические школы.

Учение Альфреда Адлера получило название «***Индивидуальная психология***». В основе учения лежало представление, что характер человека формируется на основании *врожденного чувства неполноценности*. В результате на протяжении всей жизни в порядке компенсации человек стремится к превосходству над другим, подавлению его.

Понятие о неполноценности органов может распространяться на соматическую и психические сферы (физическая слабость, заикание, горб и пр.). Человек может реагировать на заикание избеганием, но особенно часто – «перекомпенсацией», гипертрофической функцией пораженного органа, возводя своего рода мост между несовершенством своего настоящего и представляемым ему могущественным будущим.

Так, рвота ребенка при нежелании идти в школу, где он ощущает бессилие, – пример избегания, облегчающего решение.

Демосфен, страдающий дефектом речи, путем непрерывной тренировки с камнями во рту превратился в выдающегося оратора. Заставил других слушать себя, таким образом возвышаясь над ними. Это – пример гиперфункции пораженного органа.

Мы часто употребляем выражение: «комплекс мужчины маленького роста» и замечаем, что они, как правило, стремятся к карьере или иным способам подавления других. Мы часто говорим о гиперсексуальности горбунов. Все эти феномены далеко не стопроцентны, но *имеют место* и тоже объясняются механизмом «перекомпенсации».

«…Почти у всех выдающихся людей, – писал Адлер, – мы находим какие-то несовершенства органов, тяжелые болезни, особенно в детские годы. Создается впечатление, что они встретили значительные трудности, но боролись и преодолели себя…»

Аналитическая психология Карла-Густава Юнга имеет и до настоящего времени немало сторонников.

К. – Г. Юнг – профессор психологии Базельского и Цюрихского университетов. Его выдающейся заслугой было введение понятий: «экстраверт» и «интроверт» – двух типов личности, первые из которых обращены вовне, в среду; вторые в себя, в мир собственных переживаний.

Признавая в общем учение Фрейда о личных функциях «Я», он придавал большее значение «коллективному бессознательному» – психическому фонду, передающемуся из поколения в поколение. «Коллективное бессознательное» выступает в форме так называемых *«архитепов»*; они определяют для человека образы его героев, формы нравственности, развитие научной, художественной и религиозной мысли.

Учение об «архитепах» эксплуатируется в художественной литературе. Так, в романе Джона Стейнбека (классика американской литературы) «Зима тревоги нашей» герой у постели умирающего родственника переживает, помимо жалости, злобность и агрессивные устремления к нему. Он находит объяснения в аналогии с агрессивностью волчьей стаи по отношению к ослабевшему ее члену.

К. – Г. Юнг ввел основные именования архитепов: «anima» – символ женского естества в коллективном подсознании мужчин; «animus» – естество мужчин в коллективном подсознании женщин; «самость» – коллективный символ порядка и цельности личности; «тень» – аналогична фрейдовскому «Я»; «персона» – стиль выражения эмоций и образ социальной роли.

Бихевиоризм как направление психологии (*behaviour* от англ. – поведение) возникло в начале прошлого века и, несмотря на некоторую модификацию концепции, имеет немало сторонников до сих пор, особенно в США. Бихевиоризм абсолютно противоположен психоаналитическому учению.

Вдохновителем бихевиоризма был *Джон Уотсон*. Среди его последователей заслуживает упоминания Б. Скиннер. Многие из их положений были перенесены, исходя из опытов на животных, на человека.

Джон Уотсон провозгласил, что психолог должен ограничиваться описанием стимула и ответной реакции (S – R), не обращаясь к фазе осознания, что абсолютно бесполезно для исследователя.

Можно описывать слезы и дрожь ребенка («ответ») при приближении собаки («стимул»), но не утверждать, что ребенок боится собаки.

Некоторые бихевиористы (например, Скиннер) отождествляли свою концепцию с учением Ивана Петровича Павлова об условных рефлексах, однако знаменитый отечественный физиолог вовсе не отрицал необходимости изучения промежуточных стадий между стимулом и ответом.

Согласно взглядам бихевиористов, научение может быть результатом проб и ошибок при решении проблем. Если результат благоприятен, человек (как и животное в эксперименте) его повторяет; в других случаях избегает или игнорирует. Сексуальные и социальные связи людей основываются на результатах наблюдения за моделями поведения родителей, учителей, товарищей по играм, героев романов и т. п., а также на подражании или избегании. В результате таких взаимодействий со средой, на основании опыта и формируется личность. В дальнейшем человек может прогнозировать, предсказывать результаты собственного поведения; регулировать и управлять им.

Бихевиористы утверждали, что человека формирует исключительно внешняя среда.

«Дайте мне дюжину здоровых детей, – писал Дж. Уотсон, – имой собственный специфический мир, в котором я бы их воспитывал, иящри *случайном* выборе одного из них воспитал бы для определенной профессии (будь то судья, артист, торговец…), невзирая на его талант, склонности, способности, расу…»

Таким образом, внутренняя жизнь, индивидуальные особенности, подсознание бихевиористами категорически игнорируются. Мышление сводится к речевым и двигательным навыкам; эмоции – к соматическим и эндокринным изменениям.

Учение бихевиористов есть психология без психики.

Работа сторонников бихевиоризма с пациентами весьма проста – научение и тренинг.

Весьма популярным направлением как в Европе, так и в США является ***гештальтпсихология*** (от *нем*. гештальт – целостная структура). Ее видными представителями были *К. Левин*, *К. Коффка*, *Ф. Перлс* и др. Все они старались соединить теоретические воззрения с практической работой (гештальттерапией). Личность человека рассматривалась как способная перейти от опоры на

среду к опоре на себя и саморегуляции; к осознанию жизни в настоящем («здесь и теперь») и своих поступков («как и почему»). Такие осознания, по Ф. Перлсу, отличают здорового гармоничного человека от невротика. Любая «незаконченная ситуация» (проблема) с точки зрения гештальтпсихологии проявится, как только человек осознает собственный опыт и себя.

В отечественной психологии также сформировались определенные школы, однако между ними не было контрастирующих противоречий в понимании основ психической жизни человека, факторов, способствующих психическому развитию индивидуумов и пр. Различия отечественных школ заключались в преимущественной направленности исследований. Так, представители ленинградской – санкт-петербургской школы (В. Н. Мясищев, А. Е. Личко, Л. И. Вассерман и др.) разрабатывали теорию отношений личности; сферой интересов школы *А. Н. Леонтьева* были мотивации, их иерархия и деятельность человека; у школы *К. К. Платонова* – соотношения биологического и социального в подструктурах личности. Как уже отмечалось в гл. 1, представители московской школы (*Б. В. Зейгарник* и др.) занимались изучением изменений отдельных психических процессов у душевнобольных, т. е. патопсихологией и психодиагностикой.

Наконец, весьма важным направлением исследований была и остается ***физиогномика*** (не претендующая на именование самостоятельной психологической школы, но весьма полезная для наблюдательных людей и особенно – для медработников). Пристальное внимание лицу пациента уделяли еще врачи древности (вспомните «Facies Hyppocratica» – лицо умирающего больного). В классификации Гиппократа есть и описания холерного, лихорадочного, аденоидного, абдоминального, сердечного лиц. Чарльз Дарвин отмечал, что игра мимических мышц отражает психическое состояние субъекта красноречивее слов. Наблюдательный медицинский работник по выражению лица пациента способен оценить тяжесть состояния и даже характер заболевания. Русский терапевт Г. А. Захарьин умел безошибочно ставить диагноз, наблюдая лишь за внешностью больных (рис. 2.5, 2.6).

Медсестры, тем более самостоятельно осуществляющие сестринский процесс, должны непрерывно совершенствовать свою наблюдательность.



ис 2.5. «Страдание». Фрагмент скульптуры Лаокоона



Рис 2.6. «Уход в вечность»

Темы для рефератов и дискуссий по материалам главы 2

Реферат (с использованием дополнительной литературы) «Флоренс Найтингейл: жизнь-подвиг и творчество».

Дискуссии:

1. Показались ли кому-либо из вас взгляды каких-то психологических школ интересными, практически и житейски полезными?

2. Что, по-вашему, в большей степени определяет психическое формирование человека – врожденные свойства или научение, как утверждают бихевиористы?

Глава 3 ОТДЕЛЬНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ. МЕДИЦИНСКИЙ АСПЕКТ. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1. Ощущения

Определение. Процесс ощущения представляет собой отражение отдельных свойств предметов объективного мира при воздействии на органы чувств.

Ощущение, как и другие психические процессы, – субъективный акт, и его не следует смешивать с данными физиологических измерений.

Психолог говорит (записывает), что человек ощущает боль, ощущает звуковой сигнал и т. п. Физиолог сообщает, что порог ощущения боли или различения звукового сигнала в шуме характеризуется такими-то и такими-то величинами.

Ощущения делятся на зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые и тактильные (осязательные). Все это – так называемые *экстероцептивные ощущения*. Они, в свою очередь, могут быть подразделены на непосредственные и дистантные. Последних больше – они возникают в ответ на зрительные, слуховые, обонятельные раздражения; непосредственные ощущения – вкусовые и тактильные.

Кроме вышеперечисленных экстероцептивных ощущений, выделяют проприоцептивные и интероцептивные. *Проприоцептивные ощущения* возникают при перемене положения тела и его частей. Утрата таких ощущений чревата грубыми расстройствами походки и выполнения

автоматизированных двигательных актов (например, еды). *Интероцептивные ощущения* идут от внутренних органов; они весьма разнообразны. Особого внимания среди них заслуживают боль и кожный зуд (в частности, при сестринском процессе).

Физиологический субстрат ощущений. Этот психический процесс обеспечивается работой анализаторов (зрительного, слухового и пр.). Их возбуждение, обусловливающее возникновение ощущений, начинается с рецепторов (сетчатки, улитки, вкусовых сосочков, кожи и др.). Далее возбуждение распространяется по проводящим путям (в спинном мозге отдельно для экстероцептивных и проприоцептивных раздражений; в головном мозге, например, для зрительных раздражений – по зрительному нерву, хиазме, таламусу). Центральные концы анализаторов располагаются в коре головного мозга (для зрительного анализатора – в затылочной доле; для слухового – в височной; центры, болевой, температурной, тактильной чувствительности – в теменной и т. д. – см. курс физиологии).

Возвращаясь к ощущениям как *субъективным* психическим актам, отметим, что они характеризуются силой и длительностью, а также нижним и верхним порогом возникновения. Последние весьма индивидуальны.

Нижний порог характеризуется минимальной величиной раздражителя, вызывающего ощущение.

Так, нижний слуховой порог характеризуется способностью различения тиканья наручных часов в абсолютной тишине на расстоянии 6 м;

нижний вкусовой порог – способность ощутить присутствие 1 чайной ложки сахарав8лводы.

Верхний порог ощущений определяется максимально допустимой величиной раздражения, когда ее превышение перестает ощущаться.

Кроме того, различают *дифференциальный* (или разностный) *порог* ощущений как минимально ощущаемое различие между двумя близкими раздражителями (например, слуховыми – близкими по силе звуковыми сигналами, либо музыкальными – почти не отличающимися по частоте).

Пороговые и дифференциальные величины могут диссоциировать. Так, согласно нашим данным (Е. Ф. Бажин и А. М. Спринц, 1968), атропиноподобные вещества повышают слуховой порог, т. е. ухудшают, в житейском смысле слова, слух. В то же время способность дифференцировать близкие раздражения улучшается. Позднее Е. Ф. Бажин обнаружил подобное у больных со слуховыми галлюцинациями.

Боль (не путайте с «болезненностью», определяемой при пальпации!) – как правило, неприятное ощущение (исключением являются мазохисты, испытывающие удовольствие при боли). Боль имеет самое различное происхождение и наблюдается как при соматических, так и при душевных расстройствах.

Так, мы наблюдали больную, испытывающую мучительные боли по ходу позвоночника. Облегчение у нее наступило только после лечения антидепрессантами.

Привыкание к боли наблюдается редко.

С практической точки зрения (в том числе – медсестре) следует четко различать порог возникновения боли и порог болевой выносливости. Первый показатель зависит целиком от интенсивности патологических раздражений; второй – определяется личностными особенностями.

Вспомните многочисленных героев войн, стиснув зубы, переносящих пытки и издевательства, или более приземленный пример – людей, соглашающихся на удаление зуба без наркоза. С другой стороны, вспомните индивидуумов, при незначительных болях рассылающих жалобы по телефону всем знакомым. Низкий порог болевой выносливости характерен для тревожных и истероидных личностей (см. гл. 4).

Тем не менее к лицам, испытывающим болевые ощущения, медработник среднего звена должен быть внимательным и терпимым. Частые приступы острых болей и хронические боли могут привести к бессоннице, страху повторения боли как проявлениям невроза. Иногда под влиянием боли изменяются личностные качества – люди теряют интерес ко всему и целыми днями ждут повторения неприятных ощущений.

Кожный зуд. Мучительным симптомом, также приводящим к бессоннице и искажению психической жизни, является кожный зуд. Он также может быть проявлением как соматической (особенно эндокринной) патологии, так и невротических расстройств. Он может быть начальным (манифестным) проявлением таких расстройств; может быть эквивалентом скрытой тревоги, и его появление требует углубленного интервьюирования пациента.

Следует упомянуть еще о ***сенестопатиях*** – неприятных малодифференцированных ощущениях («*будто* скручивает, стягивает, вздувается» и т. п.). Сенестопатии могут быть предвестником и долгое время единственным проявлением многих душевных расстройств, особенно депрессий, часто наблюдающихся и при соматических заболеваниях (см. гл. 7).

В отличие от сенестопатий, ***парестезии*** – симптом чисто неврологический, изучаемый в соответствующей дисциплине. Больные указывают на более четкие ощущения («чувствую колотье, ползанье мурашек»).

Патология ощущений затрагивается во многих клинических дисциплинах (например, анестезия в неврологии и хирургии; понижение зрения – в офтальмологии и т. д.).

Мы хотели бы обратить внимание на временную утрату или ослабление ряда ощущений под влиянием лекарств: обоняния и вкуса после применения противомикробных средств из группы фторхинолонов; слуховых – при лечении некоторыми антибиотиками (стрептомицин, канамицин, гентамицин); зрительных – при лечении ибупрофеном.

Следует остановиться на двойном значении терминов: «гиперестезия» и «гипестезия». Как повышение и понижение болевой и температурной чувствительности, они могут наблюдаться и количественно измеряться при неврологической патологии. Однако так определяются и чисто субъективные феномены. ***Гиперестезия*** как ощущение большей яркости красок, четкости контуров, громкости звуков может наблюдаться в первой фазе приема некоторых наркотиков или при маниакальных состояниях (эйфории с речедвигательным возбуждением). ***Гипестезия*** – противоположное ощущение тусклости красок, нечеткости звуков и контуров может быть проявлением второй фазы действия наркотиков или депрессий другого происхождения.

У лиц с патологией зрения (слабовидящих и незрячих) компенсаторно наблюдается интенсификация ощущений, обеспечиваемых другими анализаторами, – слуховыми, тактильными и проприоцептивными. Этот адаптивный феномен помогает им сохранять равновесие и обеспечивать в большей степени собственную безопасность. Улучшение тактильной и других форм кожной чувствительности позволяет им стать прекрасными массажистами.

3.2. Восприятие

Определение. Восприятие есть *целостное* отражение предметов и явлений объективной реальности, возникающее при непосредственном воздействии на органы чувств.

Как и ощущение, восприятие представляет собой субъективный психический акт. Однако, несмотря на то что процесс восприятия также обеспечивается деятельностью различных анализаторов, его нельзя сводить к сумме ощущений (полосатый окрас, мягкость и теплота при прикосновении плюс громкое мурлыканье еще не говорит в отдельности, что воспринимаемый предмет – кошка). В отличие от ощущений, которые самостоятельны и могут осуществляться без участия других психических функций, восприятие без них немыслимо.

В процесс восприятия непременно вовлекается прошлый опыт, позволяющий определить предмет; восприятие обеспечивается активной деятельностью личности (по А. Н. Леонтьеву – «пристрастностью», т. е. мотивациями). В активное восприятие непременно включаются эмоции; оно побуждает человека к дальнейшему изучению окружающего мира, т. е. к включению процесса мышления.

Человек не может существовать без того, чтобы постоянно не воспринимать, «ощупывать», окружающий мир. Сон немыслим без сновидений – следов прошлых восприятий (фазы «парадоксального сна»).

Искусственное лишение людей восприятия (при так называемой «сенсорной депривации», помещении в темное, бесшумное помещение, где пол и стены мягкие и дают минимум тактильных раздражений) приводит к тому, что у них быстро развиваются преходящие душевные расстройства, прежде всего галлюцинации – обманы восприятия.

Восприятия, как и ощущения, различаются по органам чувств (зрительное, слуховое и пр.). Кроме того, выделяют восприятие собственного тела (что также искажается при сенсорной депривации) и восприятие времени. Человек в норме в состоянии определить его продолжительность.

Существует специальный тест восприятия интервалов времени. После включения специального бесшумного секундомера или использования электронных наручных часов испытуемого просят указать, когда, по его мнению, прошла одна минута. В норме отклонения составляют не более 5 – 10 с; некоторые испытуемые определяют интервал абсолютно точно. Такая способность крайне нужна спортсменам, определенным категориям военных; она нарушается при утомлении, действии некоторых лекарств и в ряде других случаев.

В то же время субъективная оценка течения времени и способность определять его интервалы не всегда совпадают. Так, при депрессиях, при действии некоторых наркотиков развиваются переживания остановки времени, замедленного или ускоренного его течения, а способность к оценке интервалов времени может не страдать.

Свойствами восприятия являются быстрота, глубина, точность и избирательность. Способность к устойчивому, эффективному, активному, планомерному восприятию характеризует наблюдательность, столь необходимую медицинскому работнику.

Расстройства восприятия могут наблюдаться при некоторых экстремальных ситуациях у здоровых людей, а также при душевных и нервных болезнях (в последних случаях они рассматриваются в курсе психиатрии и неврологии, например, разнообразные галлюцинаторные феномены или агнозии – расстройства узнавания предметов).

В то же время ***иллюзии*** – качественные искажения восприятия реальных предметов и явлений – могут наблюдаться при эмоциональном напряжении (страхе), при переутомлении, приеме некоторых лекарств (например, холиноблокаторов).

У людей, испытывающих страх передвижения в темноте, свешивающийся куст может принимать форму человека с ножом. Или – при переутомлении на месте ярких обоев, в чередовании светлых и темных пятен могут возникать цветы, змеи, даже пейзажи. Это – так называемые

парэйдолические иллюзии. Они возникают и при действии некоторых наркотиков, сменяясь тоской и страхом.

Кроме того, известны и оптические иллюзии (рис. 3.1). Они наблюдаются в совершенно нормальном состоянии и обусловлены особенностями строения зрительного анализатора людей, неправильно оценивающих контрастные изображения.

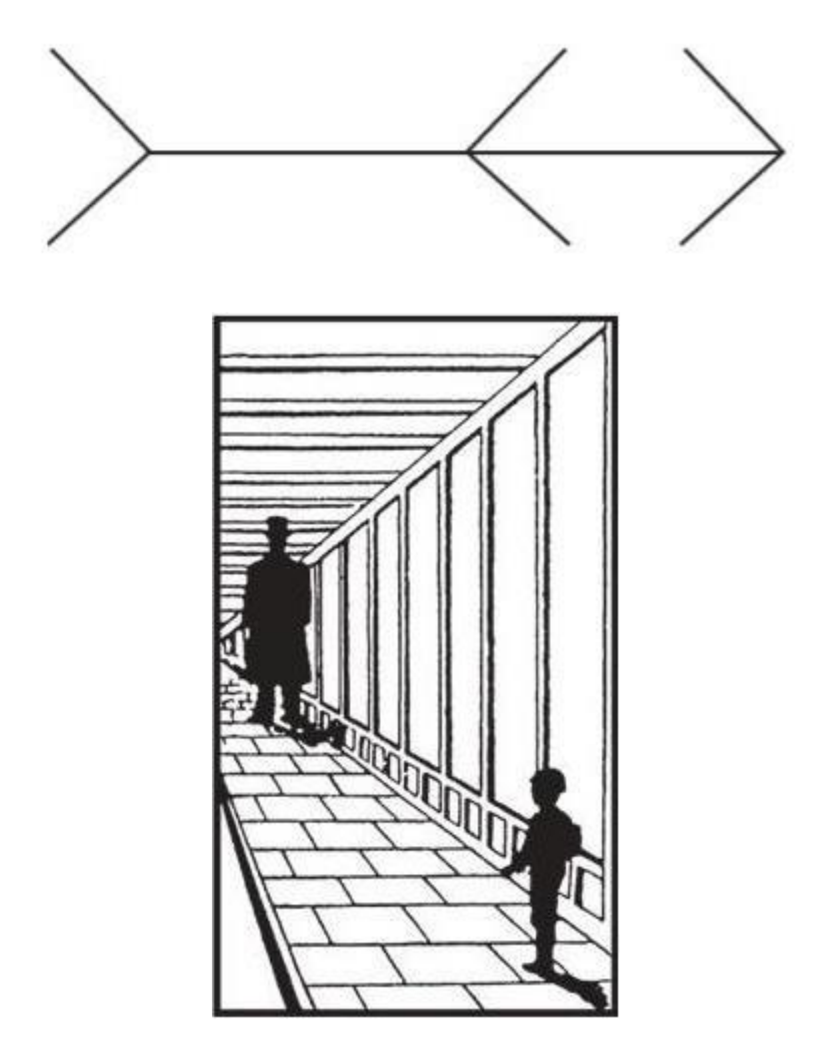


Рис. 3.1. Оптические иллюзии. Левый отрезок и человек слева кажутся больше, хотя одинаковы с изображениями справа (Конечный, Боухал, 1983)

При крайнем переутомлении, изнурении после перенесенных болезней отмечаются и другие расстройства восприятия: дереализация, феномены «уже виденного» или «никогда не виденного» («de ja vecu» и «jamais vu»).

Дереализация – чувство неопределенного изменения окружающего («что-то изменилось вовне», «что-то стало вокруг не то»). Помимо крайнего переутомления и изнурения, дереализация нередко отмечается в начале шизофренического процесса, при депрессиях, некоторых формах эпилепсии. Дереализация во всех случаях часто сочетается с деперсонализацией – чувством неопределенного изменения собственного «я» (см. с. 92).

Феномен «de ja vecu» – ощущение знакомого, уже пережитого в совершенно незнакомой обстановке, среди незнакомых людей.

Феномен «jamais vu» – противоположное ощущение; обстановку, в которой пациент не раз бывал (например, свою комнату, палату), он воспринимает как увиденную впервые.

Оба эти феномена, помимо психического и физического изнурения, наблюдаются при эпилепсии, некоторых органических поражениях мозга.

Психологических тестов, направленных именно на изучение расстройств восприятия, не существует. Нарушения восприятия по В. Д. Менделевичу мало поддаются «психологической верификации». Существуют некоторые приемы, направленные на выявление скрытой галлюцинаторной готовности (разговор по отключенному телефону, разглядывание чистого листа бумаги, надавливание на глазные яблоки у больных алкоголизмом), однако все это относится к сфере психиатрии.

Быстроту восприятия, наряду с концентрацией внимания и скоростью движений, измеряют при исследовании простой и сложной сенсомоторной реакции. В первом случае в ответ на загорание белой лампочки испытуемый должен максимально быстро нажать на расположенную напротив кнопку (в норме скорость реакции составляет 1 – 2 с). При исследовании сложной сенсомоторной реакции испытуемый нажимает на разные кнопки при свечении лампочек разного цвета или при свечении одной из них не нажимает.

К сфере восприятия (с участием процессов памяти и мышления) относятся представление и воображение.

Представлением называется оживление в нашем сознании образов, воспринятых в прошлом, но не воспринимаемых в данный момент.

Образы, возникающие при представлении, неизмеримо чаще менее ярки, сильны и подробны, чем непосредственно воспринимаемые. Вызвать у себя зрительные представления гораздо легче, чем слуховые (сравните легкость представления знакомых лиц и их голосов). Вызвать у себя вкусовые и обонятельные представления еще труднее.

В то же время существует ряд людей, у которых представление по яркости и четкости неотличимо от восприятия. Такие люди называются *эйдетиками*, а само явление — *эйдетизмом*. Хочется подчеркнуть, что такие феномены ни в коем случае не являются патологией. Эйдетизм нередко наблюдается у детей и с повзрослением исчезает. Часто эйдетизм наблюдается у талантливых людей.

Так, «слуховой эйдетик» Моцарт мог, один раз прослушав музыкальную пьесу, написать по памяти всю партитуру. Художник Реймонт, оглянувшись один раз на площадь в Варшаве, мог, отвернувшись, описать все детали.

Другое явление, также ни в коем случае не являющееся патологией, имеет название *синестезия.* У некоторых людей при восприятии в одной сфере параллельно возникает образ представления в другой (например, видение фигур при слуховом восприятии или возникновение музыкальных образов при зрительном). Синестезии были свойственны многим талантливым людям, не обязательно творящим в сфере искусств.

Так, физик Фехнер воспринимал «е» как «желтый звук», «у» – как черный, звук трубы как красный. Синестетиками были русско-английский писатель, классик XX в. Владимир Набоков и его жена, причем они передали это свойство сыну. Конкретные проявления синестезий были у всех троих разные. Звук «м» воспринимался писателем как розовый, его женой как голубой, а сыном как смесь розового и голубого.

Наконец, ***воображение*** представляет из себя преобразование представлений, отражающих реальность с присоединением новых связей.

Вы можете вообразить, например, встречу со своим кумиром, литературным героем, представить себя в незнакомом месте и ином времени.

Богатым воображением отличаются многие дети. Живое воображение – суть работы художника, писателя, композитора, но свойственно не только им.

Цепь воображаемых образов имеет бытовое название «греза»; иногда, если соответствующая склонность наблюдается на грани патологии, эти феномены носят название «фантазмов». К ним склонны истероидные личности, охотно и с преувеличениями повествующие о них окружающим, и шизоидные личности, таящие их в себе; у последних фантазмы странны, причудливы и мрачны.

Например, это «кафкианские кошмары» по имени писателя Франца Кафки.

3.3. Внимание

Этот психический процесс обеспечивает эффективное функционирование многих других – памяти, мышления, воли. Таким образом, внимание не может быть самостоятельным психическим процессом, а неразрывно связано со многими другими.

Определение. Внимание – психический процесс, обеспечивающий сосредоточенность психической деятельности на определенных объектах и явлениях и обеспечивающий наилучшее отражение их в сознании.

Физиологические основы внимания. Из всех психических процессов оно изучалось физиологами наиболее пристально, в частности знаменитым отечественным физиологом Иваном Петровичем Павловым. Согласно его воззрениям, в основе внимания лежит формирование очагов оптимальной возбудимости в полушариях большого мозга, прежде всего в коре, в то время как соседние области находятся в состоянии торможения. При этом формируется не один, а несколько очагов, соединяющихся между собой разнообразными связями. Внимание (по И. П. Павлову) образно можно сравнить с постоянно перемещающимся по мозговым полушариям и меняющимся по величине и форме светлым пятном, на всем остальном пространстве окруженном тенью.

Уже после смерти И. П. Павлова стали развиваться представления о подкорковых активирующих системах: ретикулярной формации среднего мозга, неспецифической в отношении характера действующих стимулов, и специфической активирующейся системе таламуса. Эти структуры также участвуют в обеспечении оптимального уровня внимания.

Исходя из определения, для внимания характерны *направленность* и *сосредоточенность.* Первое означает привлечение внимания к тем объектам, которые имеют для человека первостепенное значение. Сосредоточенность внимания характеризует процесс углубления в деятельность и полное отвлечение от всего, что не имеет к этому отношения.

Внимание подразделяется на *непроизвольное* и *произвольное*. Когда оно привлекается на неожиданные или непривычные внешние стимулы (резкий гудок автомобиля, громкие голоса, вспышки сварки и т. п.), такое внимание непроизвольно и представляет собой, по сути дела, ориентировочный рефлекс, общий для человека и животных. Произвольное внимание возникает под влиянием сознательно поставленных целей (обычно – устойчивых мотиваций) и волевого усилия. Оно необходимо для любой целенаправленной деятельности.

Свойства внимания. В различных литературных источниках указывается разное количество таких основных свойств и используется порой разная терминология. В то же время постоянно упоминаемые свойства следующие.

1**. *Устойчивость*** – длительность сосредоточения внимания на определенных объектах (иногда говорят об «интенсивности» или «концентрации»).

Следует отметить, что устойчивость внимания не означает постоянно одинаковой сосредоточенности на привлекаемом объекте при игнорировании других. Устойчивость внимания непременно претерпевает колебания (осцилляции).

Отоларинголог Урбанчич помещал тикающие часы на таком расстоянии от испытуемых, когда тиканье было еле слышно. Тиканье «появлялось и исчезало» каждые 8 – 10 с.

Устойчивость внимания – это тренируемое свойство, оно воспитывается правильно поставленным процессом обучения и организации труда. Внимание особенно напряжено при рутинной однообразной работе, и в этих случаях возникает опасность перегибов, когда устойчивость при отсутствии правильного чередования труда и отдыха (в том числе при ведении сестринского процесса) сменяется истощаемостью. Для сохранения устойчивости внимания необходимо уменьшить и количество ненужных отвлекающих стимулов, что медсестре также необходимо знать.

Устойчивость внимания подвержена возрастным колебаниям. Так, она слабо представлена у детей дошкольного возраста, достигает оптимума в среднем школьном и сохраняется в период зрелости. У пожилых людей устойчивость внимания сохраняется длительно (в отличие от переключаемости), но резко падает в старости.

Слабая устойчивость внимания детей-дошкольников является одной из причин длительных дискуссий: следует ли начинать обучение детей раньше 7 лет? Во всяком случае, у более маленьких детей продолжительность уроков должна быть меньше рассчитанных для школьников 45 мин.

Феномен, противоположный устойчивости внимания, носит как бытовое, так и научное название — *рассеянность*. Когда она наблюдается у маленьких детей или при болезнях – неврозах, гипоксических или гипогликемических состояниях, перенасыщении или атеросклерозе, – говорят об *истинной рассеянности. Мнимая рассеянность* наблюдается при сверхсосредоточении на какой-то идее или деятельности.

Вспомните комических профессоров, подвергающих варке свои часы вместо яиц и т. п.

2***. Объем —*** количество объектов, которые одновременно могут охватываться вниманием. Подсчитано, что оно в норме составляет 4 – 7. Объем внимания у маленьких детей не настолько снижен по сравнению со взрослыми, как устойчивость. В то же время его уменьшение в старости происходит быстрее, чем снижение устойчивости.

Объем внимания и его устойчивость находятся между собой в антагонистических отношениях. Распыление внимания по многим объектам уменьшает устойчивость; сверхсосредоточенность уменьшает объем внимания.

Как полезное свойство внимания, близкое к объему, некоторые авторы выделяют *распределение* – способность к выполнению двух (иногда большего количества) действий одновременно. Тренировка такого качества совершенно необходима для медсестер – постовых, заполняющих, например, требования в аптеку и отвечающих одновременно на неизбежные вопросы пациентов; фельдшеров, оказывающих неотложную помощь одновременно нескольким больным. Медсестре, мало способной к распределению внимания, следует рекомендовать, например, кабинетную работу (выполнение лабораторных или инструментальных исследований).

3***. Переключаемость*** – способность перевода внимания с одного объекта на другой, без нарушения устойчивости (концентрации). Переключаемость внимания в пожилом и старческом возрасте особенно страдает, поэтому такие лица лучше выполняют однообразную работу в одиночестве. Переключить внимание детей очень легко.

Существуют особые типы личности (см. с. 129), у которых способность к переключению внимания крайне низка. Это так называемые «эпилептоидные» личности с вязким обстоятельным, застойным мышлением (прочтите монологи героев Ф. М. Достоевского или Ч. Диккенса). Кроме того, это так называемые «паранойяльные» или «застревающие» личности, одержимые какой-либо сверхценной для них идеей (idea fix).

Патология внимания наблюдается практически при всех серьезных соматических заболеваниях и касается всех его свойств (сужается объем, затрудняется переключение, развивается неустойчивость внимания и рассеянность). В первую очередь все-таки страдает устойчивость (патогенные факторы, в основном астенизирующие).

В. Д. Менделевич приводит признаки нарушения устойчивости внимания у детей: беспокойные движения; отвлекаемость на незначительные стимулы; ответы, не задумываясь; частый переход от одного действия к другому; склонность терять вещи; снижение чувства опасности (например, при перебегании через улицу).

Среди лекарств, снижающих эффективность внимания, следует упомянуть транквилизаторы, особенно ночные (феназепам, реланиум), атропиноподобные вещества – беллоид, белласпон и др. Внимание нарушается после приема даже небольших доз алкоголя (50,0), что доказано экспериментально (хотя потребителям кажется, что их интеллектуальные качества улучшились). Кофе, чай, ряд стимуляторов растительного происхождения (женьшень, китайский лимонник и др.), ноотропные средства (пирацетам, пантогам и др.) улучшают свойства внимания, однако при злоупотреблении указанными бытовыми напитками или передозировках лекарств улучшение внимания сменяется противоположным эффектом.

Методы исследования внимания. Все эти методы довольно просты и вполне применимы в сестринском процессе.

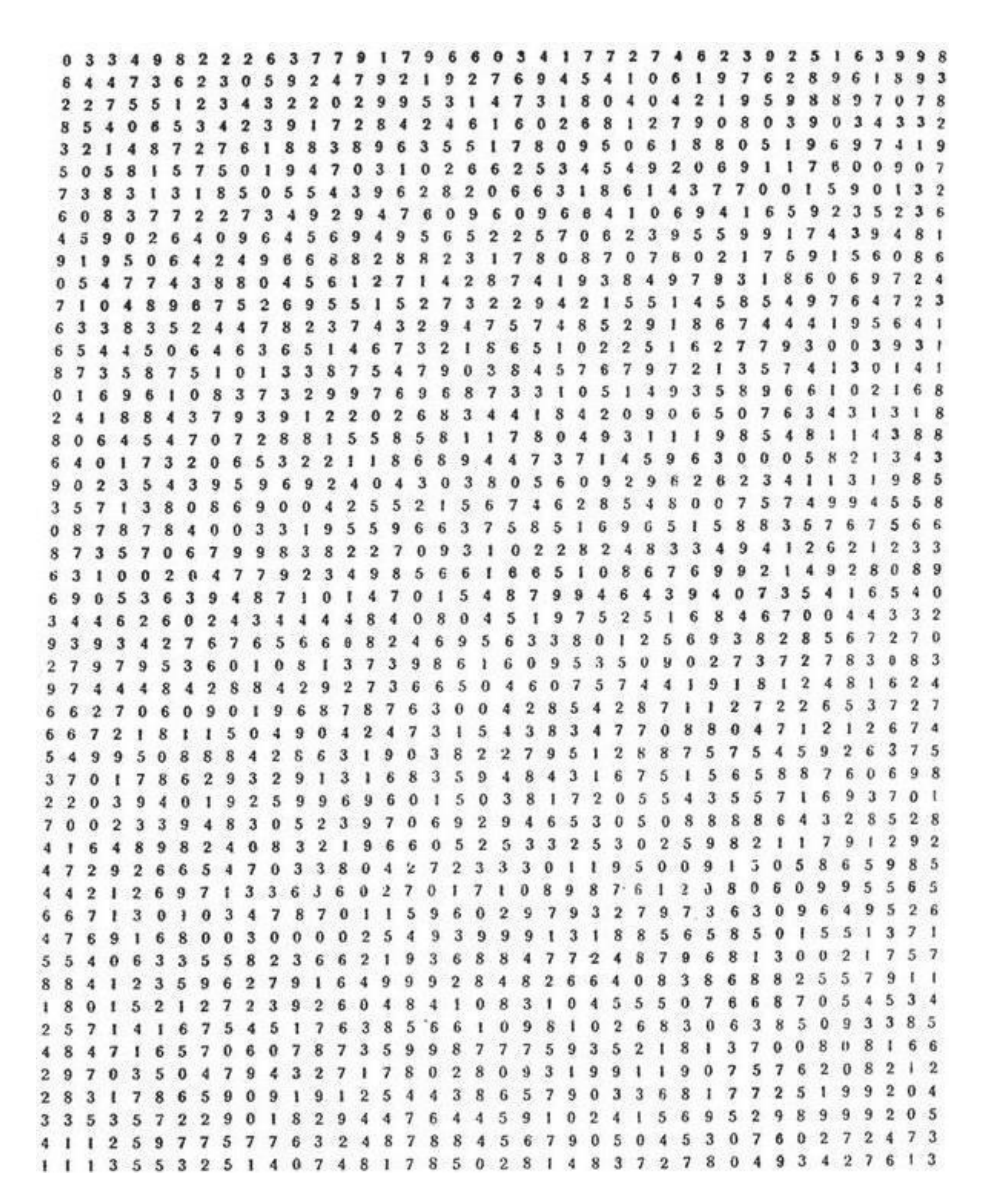


Рис. 3.2. Бланк для выполнения корректурной пробы

Однако не для всех из них четко определены величины нормы (для здоровых людей). Наиболее распространены и удобны в употреблении (в том числе для контроля эффективности лечения) следующие методы.

А. Корректурная проба (рис. 3.2).

Исследуемому (пациенту) предлагается вычеркивать по всей таблице (2000 знаков) какую-либо одну цифру (в усложненном варианте можно предложить одну цифру вычеркивать, другую подчеркивать). Предлагается также делать через каждые 30 или 60 с (что сообщается исследователем) специальную отметку (точку или скобку). В норме задание выполняется через 6 – 8 мин. Количество ошибок не превышает 15. Учитывая время и число ошибок за каждый интервал, можно получить представление об устойчивости или истощаемости внимания.

Примечания: 1. Иногда вместо цифровых применяются буквенные таблицы, однако их недостатком является неодинаковая информативность букв для конкретных лиц (с какой-то буквы начинается, например, имя близкого или любимого человека). Таким образом, некоторые буквы вычеркивать легче, другие труднее.

2. Существуют расчетные методы обработки корректурной пробы, например с вычислением скорости переработки информации (бит/с).

Для сестринского процесса этого не требуется.

Б. Счет по Э. Крепелину (рис. 3.3).

3	4	3	4	4	8	6	6	2	4	4	7	3	4	8	9	6	7	2	9	8	7	4
2	5	9	7	8	4	3	2	4	7	6	5	3	4	4	7	9	7	3	8	9	2	4
3	8	5	9	3	6	8	4	2	6	7	9	3	7	4	7	4	3	9	7	2	9	7
9	5	4	7	5	2	4	8	9	8	4	8	4	7	2	9	3	6	8	9	4	9	4
9	5	4	5	2	9	6	7	3	7	6	3	2	9	6	5	9	4	7	4	7	9	3
2	9	8	7	2	9	4	8	4	4	5	4	4	8	7	2	5	9	2	2	6	7	4
9	2	3	6	3	5	4	7	8	9	3	9	4	8	9	2	4	2	7	5	7	8	4
7	4	7	5	4	4	8	6	9	7	9	2	3	4	9	7	6	4	8	3	4	9	6
8	6	3	7	6	6	9	2	9	4	8	2	6	9	4	4	7	6	9	3	7	6	2
9	8	9	3	4	8	4	5	6	7	5	4	3	4	8	9	4	7	7	9	6	3	4
5	8	5	7	4	9	7	2	6	9	3	4	7	4	2	9	8	4	3	7	5	8	3
3	4	6	5	7	8	4	3	5	5	4	2	9	6	2	4	2	9	2	7	2	5	8
5	2	3	9	3	4	5	3	2	8	2	9	8	9	4	2	8	7	8	5	4	3	5
3	4	9	2	4	7	8	5	2	9	6	4	4	7	6	7	5	6	9	8	6	4	7
4	9	6	3	4	9	9	4	8	6	5	7	4	9	3	2	4	7	4	9	8	3	8
8	4	7	8	9	4	3	9	3	7	6	5	2	4	4	3	4	8	7	3	9	2	4

Рис. 3.3. Бланк для выполнения теста счета

14	18	7	24	21
22	1	10	9	6
15	5	8	20	11
23	2	25	3	15
19	13	17	12	4

22	25	7	21	11
6	2	10	3	23
17	12	16	5	18
1	15	20	9	24
19	13	4	14	8

21	12	7	1	20
6	15	17	3	18
19	4	8	25	13
24	2	22	10	5
9	14	11	23	16

9	5	11	23	20
14	25	17	1	6
3	21	7	19	13
18	12	24	16	4
8	15	2	10	22

5	14	12	23	2
16	25	7	24	13
11	3	20	4	18
8	10	19	22	1
21	15	9	17	6

Рис. *3.4*. Таблицы Шульте (60 × 60 см)

Испытуемому предлагается складывать в уме ряд однозначных цифр и называть результат (если он превышает 10, первая цифра отбрасывается, например:5+8=3).Отмечается число выполненных операций и ошибок каждые 30 с. После окончания теста вычерчивается кривая работоспособности и определяется таким образом степень истощаемости внимания.

В. Отыскивание чисел по таблицам Шульте (рис. 3.4).

Испытуемым (пациентам) представляются таблицы, на которых числа от 1 до 25 разбросаны в случайном порядке, и предлагают показывать цифры в правильном порядке. При тестировании используется 4 – 5 таких таблиц.

Норма выполнения операции по каждой таблице составляет 40 – 50 с.

Внимание считается устойчивым при почти одинаковых результатах по всем таблицам; неустойчивым – при большом разбросе результатов; истощаемым, если время при переходе от первой таблицы к последующим постепенно увеличивается.

Г. Последовательное вычитание.

Испытуемым предлагается отсчитывать последовательно от 100 по 7 или от 100 по 13. Учитывается число ошибок (у здоровых и образованных людей их быть не должно или допускается 1 ошибка). Если ошибки допускаются в десятках, это говорит о расстройствах внимания (100 – 7…93…86…79…72…); если ошибки (как правило, многочисленные) допускаются в единицах, это свидетельствует о расстройстве мышления.

Д. Пробы на переключаемость.

Таких проб, как уже указывалось, разработано немало, но не для всех определены стандарты. Наиболее удобны:

1. «Сложение с переключением», когда испытуемому (пациенту) предлагается поочередно прибавлять к какому-либо числу по5и6.«Сбои» – повторы прибавления только одного из чисел свидетельствуют об инертности психических процессов, в частности переключаемости внимания. Ошибки с самого начала выполнения теста характерны для эпилепсии; ошибки в конце выполнения, через несколько минут, характерны для сосудистой патологии мозга или астенических состояний разного происхождения, когда внимание истощаемо.

2. «Поочередное вычитание», сходное по методике и оценке результатов с предыдущим тестом (даже более удобно, так как процесс вычитания ограничен). Предлагается поочередное отсчитывание от 100 или 200 по7и8.

3.4. Память

Определение. Память – отражение прошлого опыта, заключающееся в запоминании, сохранении, последующем воспроизведении и узнавании ранее воспринятой информации.

Проблема памяти является в наше время одной из основных. Увеличение темпа жизни, бурное внедрение технических средств, зрительное и слуховое перенапряжение, множественные контакты и конфликты создают крайнее перенапряжение процессов памяти. Естественно, это касается и медработников, обязанных учить людей, как тренировать и сохранять память, в том числе и свою собственную.

Согласно определению, процессы памяти складываются из нескольких этапов:

1) *запоминание* (запечатление);

2) *сохранение* (ретенция);

3) *воспроизведение* (репродукция);

4) *узнавание.*

Кроме того, протекание процессов памяти (их именуют еще мнестическими процессами) немыслимо без ***забывания***. Иначе мы были бы переполнены ненужной информацией, второстепенными, не имеющими значения для нашей деятельности деталями.

Существуют люди, неизбирательно впитывающие всякую информацию (энциклопедисты). Среди них есть выдающиеся умы, однако весьма немало людей, память которых идет в ущерб процессам мышления, или людей, житейски беспомощных и непрактичных.

Существует ряд фактов, опровергающих само наличие процесса забывания и, соответственно, ряд сторонников теории: «Мы запоминаем все, когда-либо воспринятое».

Люди, в раннем детстве переезжающие в страну чужого языка (например, из Польши в Германию, из Уэльса, где говорят на гэлльском языке, – в Англию) или же слышащие, но не прислушивающиеся к говору на чужом языке, в экстремальных ситуациях – после черепно-мозговых травм, при лихорадке, развитии опухоли мозга и т. п. – начинают говорить на языках, которые, как они совершенно уверены, забыли. Знаменитый канадский нейрохирург Пенфилд при раздражении некоторых мозговых структур во время операций наблюдал, как у людей возникали яркие воспоминания самого раннего детства, казалось бы начисто забытые.

Вместе с тем сторонников теории «запоминается все» очень немного.

Физиологический субстрат памяти. В обеспечении процесса запоминания особая роль придается холинергической медиаторной системе мозга. Перестройка постсинаптических холинергических структур под влиянием химического медиатора нервного возбуждения — *ацетилхолина* – первый шаг к переводу поступающей информации на длительное хранение (блокада постсинаптических холинергических структур средствами с атропиноподобным действием губительна для запоминания). В дальнейшем происходит преобразование «молекулы памяти» — *рибонуклеиновой кислоты* (РНК), которая и является долговременным носителем новой информации.

Последние два из вышеперечисленных этапов памяти – ***воспроизведение*** и ***узнавание*** – наиболее уязвимы. Они могут нарушаться при утомлении, бессоннице, при алкоголизации, при длительном приеме ряда средств, оказывающих влияние на центральную нервную систему (по сути дела тех же, что ухудшают внимание). Эти процессы в первую очередь нарушаются в пожилом возрасте; вначале – вспоминание имен и фамилий.

Узнавание и воспроизведение отличаются между собой следующим: при узнавании – активации мнестического процесса – необходимо «всплывание» следов восприятия; при воспроизведении этого не происходит.

При узнавании, читая текст, слыша чью-то фамилию, мы вспоминаем, при каких обстоятельствах или ситуациях восприняли это раньше. При воспроизведении мы воспринимаем виденное или слышанное как уже знакомое и этим ограничиваемся. Существуют люди, у которых воспроизведение заметно преобладает над узнаванием. Они могут приписывать себе чужие мысли и труды и совершать таким образом бессознательный плагиат. Один из наших пациентов Г. при рассказе о ком-то мог на следующий же день уверять: «Как же, я хорошо его знал».

Узнавание и воспроизведение могут облегчаться *напоминанием* (хотя бы первых букв имени или первых слов текста); *припоминанием* (усиленной умственной работой); *переключением* (каком-то другом занятии). Это важно знать пожилым и старым людям.

Запоминание – менее уязвимый процесс, чем вышеперечисленные. Он ухудшается при применении атропиноподобных средств, после черепно-мозговых травм, при массивной алкоголизации, при выраженном атеросклерозе. Для последнего характерна неустойчивость запоминания.

У детей устойчивое запоминание наблюдается примерно с 4-летнего возраста, но могут остаться в памяти отдельные эпизоды более ранних впечатлений.



Рис. 3.5. Кривая забывания Эббингауза

Все процессы памяти улучшают те же лекарственные средства, что и внимание, т. е. стимуляторы, ноотропы и др., естественно, если не происходят злоупотребление и передозировка.

Существует ряд закономерностей, выявленных выдающимися психологами.

Эффект Зейгарник: незавершенные действия запоминаются лучше завершенных.

Эффект Эббингауза: редкие, странные, необычные события воспринимаются лучше, чем банальные.

Закон Рибо: утрата (и восстановление) памяти происходит в хронологическом порядке, т. е. недавние события исчезают из памяти быстрее давних, а последние при лечении восстанавливаются скорее.

Процессы забывания капитально изучил Герман Эббингауз (рис. 3.5). Забывается, в первую очередь, все второстепенное, не имеющее значения для текущей деятельности.

Сохранение памяти (ретенция) – прочная память на давние события, нарушается лишь при тяжелых ослабоумливающих процессах, например при болезни Альцгеймера.

Помимо этапов памяти классифицируются ее виды и свойства, причем по многим параметрам.

•*По продолжительности удержания* в памяти различают:

А. Кратковременную память (на 30 – 60 с); при ненужности воспринятого информация из памяти исчезает.

Б. Оперативную память. Запоминание происходит только на время выполнения конкретной деятельности.

В. Долговременную память. Объекты и явления удерживаются в памяти постоянно.

Запоминание и воспроизведение могут быть непроизвольными и произвольными.

Непроизвольное запоминание связано с эмоциями и особенно характерно для детей. Непроизвольное воспроизведение событий происходит случайно, по ассоциации с чем-то.

Произвольное запоминание и воспроизведение происходит с участием мотиваций, побуждающих к включению процессов памяти (взять хотя бы повышение профессиональной квалификации), и, естественно, с использованием процессов мышления.

•*По способу* запоминания различают механическую и смысловую память (близки к последней «ассоциативная» и «логическая» память). При использовании *механической памяти* материал не связывается между собой логически (например, при запоминании латинских названий костей или мозговых структур). При использовании *смысловой памяти* включается процесс мышления (например, при понимании и запоминании механизма сердечно-сосудистых расстройств или механизма химической передачи нервного возбуждения). Механическое запоминание смыслового материала («зазубривание»), как правило, малоэффективно. Механическое запоминание более характерно для детей и развито у них больше; при старении оно снижается в первую очередь.

•*По преимуществу* задействованности тех или иных анализаторов различают зрительную, слуховую, обонятельную, вкусовую память. Выделяется «двигательная память» – на движения собственного тела. Она особенно развита у балерин, спортсменов и работников физического труда. В то же время, существует ряд людей, которые не в состоянии овладеть любым физическим мастерством (дрелью, молотком, пилой и т. п.).

Каждый человек должен знать свой наилучший способ запоминания и применять данные самопознания при обучении и выборе характера труда (например, выпускнику среднего медицинского училища со слабой механической памятью неследует работать в хирургии и реанимации).

Свойствами памяти являются быстрота, точность, объем и длительность запоминания. Все эти показатели слабо развиты у дошкольников и ухудшаются в старости. Вместе с тем «медленная память» не есть худшая. Германом Эббингаузом показано, что люди в зрелом возрасте, запоминающие медленно, забывают меньше.

Память – относительно самостоятельный психический акт, однако ее эффективность зависит от ряда психических процессов:

– Устойчивость внимания улучшает показатели памяти.

– Включение эмоций, постановка четких целей существенно повышает эффективность памяти.

Известны случаи, когда актерам, срочно вводимым в спектакли, давалась ночь для выучивания большой и давно желанной роли, и они с этим справлялись блестяще.

– Осмысленный материал запоминается лучше, чем осваиваемый механически.

Герман Эббингауз сравнивал эффективность запоминания слов и бессмысленных слогов и получил соотношение 9: 1.

В то же время зарегистрирован факт, показывающий независимость процессов памяти и мышления. Знаменитый английский физик Майкл Фарадей на склоне лет забыл о своем открытии (явлении электромагнитной индукции) и доказал свои теоретические положения вновь.

Патология памяти

Ранее были рассмотрены мнестические нарушения на отдельных этапах. Приводим терминологию расстройств памяти, которые могут наблюдаться как в психиатрической, так и соматических клиниках.

А. Гипомнезия – ослабление памяти. Термин охватывает как расстройства запоминания, так и нарушения воспроизведения памяти и узнавания. Гипомнезия наблюдается при невротических расстройствах, переутомлении, гипоксии (нарушается воспроизведение); при ряде расстройств токсического происхождения, особенно алкоголизме, даже на ранних его этапах (запоминание). Выраженные гипомнезии, касающиеся как запоминания, так и репродукции памяти и колеблющиеся по интенсивности, наблюдаются при мозговых атеросклеротических расстройствах. Гипомнезия возникает при использовании некоторых лекарств (атропиноподобные, антигистаминные средства, транквилизаторы и др.).

Б. Амнезии – полная потеря памяти на определенный период времени. Это расстройство наблюдается после черепно-мозговых травм, при гипогликемии; естественно, сопровождает синдромы выключения и помрачения сознания, что может наблюдаться при тяжелом течении ряда соматических расстройств (сосудистые кризы, уремия, инфекционные заболевания, послеоперационный период и др.). Различают *ретроградные амнезии* – на события, предшествующие какому-то моменту; *антероградные амнезии* – на события, за чем-то последующие, и *ретроантероградные амнезии.*

В. Парамнезии – обманы памяти. Различают «псевдореминесценции» – смещение в памяти событий во времени и «конфабуляции» – вспоминание несуществующих событий.

Мы наблюдали больных с глубоким атеросклерозом мозга, один из которых говорил о событиях Великой Отечественной войны, как произошедших вчера; другой пример: женщина, в прошлом одинокая, с уверенностью рассказывала о своих многочисленных «красивых» замужествах.

С парамнезиями медсестра может столкнуться при уходе не только за больными с атеросклерозом мозга, но и за пациентами, страдающими алкоголизмом, что не редкость. «Пустоты», образовавшиеся в памяти, могут заполняться у них вымышленными событиями, и к анамнестическим сведениям, предъявляемым ими, следует относиться с осторожностью. При выраженных псевдореминесценциях и конфабуляциях в сочетании с гипомнезией и нарушением ориентировки во времени диагностируют «корсаковский синдром», который рассматривается в психиатрии. О криптомнезии как аномальном психическом феномене мы писали выше.

Методы исследования памяти

Разработано огромное количество методик, направленных на выявление расстройств кратковременной, оперативной, ассоциативной и прочих видов памяти. Однако многие из них слишком трудоемки, требуют большой затраты времени и для сестринского процесса не пригодны.

Наиболее распространенной методикой, непременно указываемой в любом литературном источнике, является запоминание 10 не связанных по смыслу слов. Они должны иметь равную информативную значимость (следует избегать, например, слов типа «любовь», «цветы» и т. п. для девушек или – «болезнь», «страх» для пожилых).

Лучше всего использовать двусложные слова, одинаково состоящие из 5 – 6 букв. Приводим два таких набора.

ЗАПАД	КАЗАК
БАРАН	ГВОЗДЬ
БАТОН	КОСТЕР
КЕПКА	ОКЕАН
АТАКА	ПАКЕТ
ГАЛКА	АРЕНА
ВЕДРО	ВОЗДУХ
МАСТЕР	ЛОПУХ
НОМЕР	ВОРОН
ГОЛУБЬ	МЕСЯЦ

При использовании этого теста возможно получить представление о следующем.

А. Состояние кратковременной памяти.

При однократном предъявлении какого-либо набора слов должно воспроизводиться не менее 7.

Б. Состояние процесса перехода из кратковременной памяти в долговременную. Возможно использование нескольких приемов:

– Просьбы повторить ранее услышанные (или увиденные) слова через 1 или 2 ч. Также должно называться не менее 7 слов.

– Воспроизведение того же набора слов при нескольких предъявлениях до полного запоминания (в норме для этого требуется не более 6 повторений).

Примечание. Попутно при выполнении такой процедуры можно получить представление об уровне притязаний пациента, спрашивая его каждый раз, сколько слов он берется запомнить и сравнивая его ответы с реальными результатами (притязания, а отсюда и самооценка, могут быть завышенными и заниженными, см. гл. 4).

Для более полного представления о состоянии процесса перехода кратковременной памяти в долговременную после полного запоминания пациентом 10 слов его просят повторить их через 24 ч (должно называться не менее 50 %).

В. Влияние интерферирующих событий на память. При этом после предъявления набора слов делается двухминутная пауза – либо «пустая» (времяпрепровождение пациента свободное), либо заполняемая «гетерогенной» деятельностью (например, счетом), либо «гомогенной» (во время паузы предъявляется другой набор слов). Резкое снижение числа запоминаемых слов после паузы свидетельствует о патологии мнестических процессов.

Примечание. Тест запоминания 10 слов может выполняться в зрительном (просматривание), слуховом (прослушивание) и зрительно-речевом (прочитывание) вариантах. Данные могут сравниваться.

Кроме теста запоминания 10 слов, весьма простыми для использования представляются следующие:

1. *Проба на ассоциативную память*. Пациенту предъявляется 10 пар слов, имеющих смысловую связь. Например (из В. М. Блейхера):

РЕКА – МОРЕ

ЯБЛОКО – ГРУША

ГАРМОНЬ – ГИТАРА

УТРО – ВЕЧЕР

БРАТ – СЕСТРА

ЗОЛОТО – СЕРЕБРО

ПАЛЬТО – ШАПКА

ГОЛУБЬ – ВОРОНА

АВТОМОБИЛЬ – ТРАМВАЙ

КНИГА – ТЕТРАДЬ

Обе пары слов называются четко, с небольшими (несколько секунд) паузами, после чего называется лишь первое слово, а пациент дополняет его вторым. В норме полные и правильные ответы даются после 1 – 2 предъявлений пар слов.

2. *Проба на оперативную память*. Таких проб очень много, и большинство из них трудоемки. Наиболее удобно использование варианта субтеста Векслера. Пациенту называются возрастающие по величине ряды чисел с просьбой повторять их в прямом и обратном порядке. Ряд начинается с 3 чисел и кончается 8 – 10. В норме воспроизводится не менее 6 цифр в прямом порядке и не менее 5 в обратном. Примеры рядов (из В. М. Блейхера):

283, 3279, 15286, 539418, 8122936, 58192647

415, 4968, 61943, 724856, 4739128, 38295184

Примечание. Допускается предъявление числа того же размера из другого ряда, если пациент один раз не справился с заданием. При повторной ошибке тестирование прекращается.

Суждение о состоянии долговременной памяти возможно получить при тщательном интервьюировании. При этом пациент сообщает подробные биографические данные, сведения о семье. Мимоходом можно поинтересоваться, помнит ли он основные исторические события, географические сведения (города, где бывал или работал, мечты о путешествиях).

Способы оптимизации памяти и обучения

Способы оптимизации памяти и обучения должны знать каждая медсестра и студенты, обучающиеся этому мастерству. Специалисты, осуществляющие сестринский уход, особенно при укреплении статуса семейной медсестры, должны обучать этому пациентов.

Оптимизация памяти необходима больным, перенесшим тяжелые соматические заболевания, травмы, интоксикации; переутомленным. Наконец, знание способов улучшения обучения необходимо любому студенту или медсестре, повышающей свою квалификацию. Особые приемы разработаны для сохранения памяти у пожилых.

Разработанные *рекомендации*:

1. Необходимо установить связь памяти с общими проблемами – рациональным питанием, режимом работы и отдыха, полноценностью сна.

2. Необходимо установить связь памяти с другими психическими процессами: эмоциями и мотивациями, помогающими целенаправленно добиваться поставленной цели.

3. Каждому человеку (в том числе пациенту) необходимо найти свой наилучший способ запоминания: то ли зрительный, то ли слуховой, то ли зрительно-речевой. Кроме того, определить целесообразность для себя то ли коллективного, то ли индивидуального обучения, найти свое оптимальное время занятий, соответствующее времени оптимальной активности.

4. Сложность усвоения материала должна повышаться постепенно. При необходимости изучения нескольких дисциплин (или выполнения видов работ) следует начинать с более простого (например, школьнику – с гуманитарных дисциплин, а не с математики; работающему – с просматривания знакомых материалов, а затем освоения нового).

5. Необходимо направить максимум произвольного запоминания на середину материала; установлено, что его начало и конец запоминаются лучше. Однако первые фразы целесообразно просмотреть (или прочитать) дважды для «врабатывания» в материал.

6. Целесообразно повторить осваиваемый материал перед сном, но не непосредственно, а не позже, чем за час до сна (считается, что во сне происходит интенсивный переход информации из кратковременной памяти в долговременную).

7. Целесообразно включение в обучение элементов «мнемотехники» – опоры памяти на известные величины и события (пример: запоминание даты 1940 – «мне 19 лет, а матери 40»;

классический пример использования мнемотехники – запоминание порядка цветов в спектре: *к*расный — *о*ранжевый — *ж*елтый — *з*еленый — *г*олубой — *с*иний — *ф*иолетовый – «*к*аждый *о*хотник *ж*елает *з*нать, *г*де *с*идит *ф*азан»).

8. Материал малого объема следует в первом чтении осмыслить, затем постараться запомнить полностью и повторить (про себя или вслух). Материал большого объема сначала следует прочесть полностью и осмыслить, затем запоминать по частям. 9. Пожилым и старым людям следует рекомендовать постоянно тренировать свою память, например «проигрывать» по вечерам в памяти все события прошедшего дня. Кроме того, целесообразно возобновлять в памяти старые знания и пристрастия: чтение на освоенном когда-то иностранном языке, вспоминание стихов, раскладывание пасьянсов, разгадывание кроссвордов и т. п.

Поведение медсестры, работающей в любой клинике и контактирующей с больными с расстройствами памяти, должно быть предельно корректным. Никогда не следует раздражаться и укорять больных, допускающих ошибки памяти. Бесполезно разубеждать пациентов с обманами памяти. Если пациент не замечает своих погрешностей в ответах, лучше, зафиксировав их, переспросить, но не акцентировать внимания. Если пациент сам замечает свои ошибки, следует его приободрить, выразив уверенность, что постепенно они уменьшатся или исчезнут.

3.5. Мышление, речь, интеллект

Мышление представляет собой отражение общих свойств процессов и явлений, поиска и создания взаимосвязей и взаимоотношений между ними.

Мышление, безусловно, является наивысшей функцией отражения мира. Оно позволяет человеку предвидеть результаты своих действий и тенденций развития общества. Оно обеспечивает возможность творчества и научно-технического прогресса человечества.

Внешним выражением мышления является *речь*.Поееособенностям мы судим об уровне мышления того или другого человека. Наблюдая за речью, ее тембром, громкостью, естественностью интонаций, выразительностью, можно судить об эмоциональном состоянии человека, его искренности. Речь «выдает» человека.

В то же время человеку свойственно внутреннее, безречевое мышление, представляющее собой сплетение образов, слов и фраз (как правило, незавершенных). Люди невысокого интеллектуального уровня часто высказывают все свои мысли вслух (как бы говорят сами с собой или шепчут).

Физиологический субстрат мышления и речи. В обеспечении этих процессов играют роль все структуры мозга. И. П. Павлов выделял три инстанции, формирующие мыслительные процессы — *подкорковую*; *корковую* (без участия лобных долей, но с задействованностью анализаторов) – так называемую «первую сигнальную систему», играющую особую роль в образном мышлении; и, наконец, — *вторую сигнальную систему*, немыслимую без функционирования лобных долей, особенно левых.

Вторая сигнальная система формирует речевое и, следовательно, логическое мышление и творчество. Действительно, поражение лобных долей нередко влечет за собой развитие той или иной степени слабоумия. Подкорковые структуры ответственны за тонус нервных процессов и, соответственно, за активность мышления.

Очевидно, здоровое мышление предполагает цельность анализаторов (зрительного, слухового и др.). Однако некоторые слепоглухие люди достигли значительных успехов в карьере и творчестве. Таковы американская писательница Элен Келер; О. И. Скороходова – научный сотрудник, педагог и поэтесса.

Процессы мышления, его свойства и характеристики достаточно подробно излагаются в курсе общей психологии. В этом разделе учебника сделаем акцент на *медицинских аспектах* мыслительных процессов, их особенностях в разных возрастных группах, при аномальных личностных проявлениях; при некоторых болезненных состояниях, особенно не углубляясь в курс психиатрии.

Согласно Р. Конечному и М. Боухалу (1983), каждый мыслительный процесс состоит из трех основных стадий:

А. Определение проблемной ситуации (согласно древнегреческому философу Платону, мышление начинается с «удивления», особенно это касается творчества).

Б. Определение цели.

В. Решение.

Эти три стадии удивительно совпадают с этапами сестринского процесса.

Мыслительные процессы включают:

• *Анализ* – процесс мысленного расчленения целого на части.

Сбор информации при сестринском процессе включает опрос, касающийся физических, эмоциональных, духовно-социальных проблем;

осмотр пациента, использование физиогномики.

• *Синтез* – мысленное соединение частей в целое.

Выслушав жалобы пациента, сопоставив их с реальной ситуацией, наблюдая за выражением лица, тембром голоса, эмоциональностью, специалист по уходу определяет тип реакции пациента на болезнь.

Процессы анализа и синтеза друг без друга немыслимы.

Операции мышления включают:

1. *Сравнение* – установление сходства и различия между объектами мышления.

Например, сравнивая пациента с подобными ему в своем прошлом опыте.

2. *Обобщение* – мысленное объединение предметов и явлений друг с другом на основе выделения главного.

Например – все пациенты с пороком сердца в той или иной степени астенизированы, и длительные беседы для них вредны.

3. *Абстрагирование* – отвлечение от отдельных конкретно-чувственных свойств предметов.

Например, это общее описание болезни или написание учебника.

4. *Конкретизация* – раскрытие предмета или явления на примере.

Например, это демонстрация пациента с изучаемой в данный момент патологией.

Процессы абстрагирования и конкретизации, как правило, идут параллельно и дополняют друг друга в творческом процессе. Данный процесс предполагает образование *понятий*, в том числе сугубо абстрактных (честность, милосердие, истина и т. п.). Понятийное мышление – высшая форма отражения мира. Оно отсутствует у лиц с врожденным или приобретенным умственным дефектом.

Нередко в творческом процессе участвует интуиция – внезапное «озарение», без построения четкой логической цепочки. В этих случаях внутренние звенья рассуждений остаются в подсознании – парапсихологические построения (см. раздел 1.3) здесь ни при чем.

Пример интуиции – открытие И. Ньютоном закона тяготения при наблюдении за падающими яблоками. Иногда «озарения» происходят во сне, когда никакие четкие логические построения невозможны; таково открытие Д. И. Менделеевым знаменитой периодической системы элементов. Вообще во сне человеку нередко приходит оптимальный способ решения его проблем.

Среди операций мышления также следует выделить:

•***Суждение***, представляющее собой утверждение или отрицание чего-либо. Оно может быть *истинным* и *ложным.*

•***Умозаключение***, определяющееся как логическое следствие сопоставления суждений. При этом различают умозаключение — *дедуктивное* (от общего к частному) и *индуктивное* (от частного к общему). Последний процесс близок к обобщению.

Дедуктивное мышление – непременный спутник детективной прозы. Так, в рассказе А. Конан-Дойля «Этюд в багровых тонах» высота надписи на стене в сопоставлении с суждением, что люди пишут на уровне глаз, приводит к умозаключению о росте преступника.

Умозаключения также бывают ошибочными, и это нередко является следствием недостаточного количества наблюдений. Так, медработник на основании наблюдения за одним или несколькими пациентами может прийти к заключению о высокой эффективности какого-то лекарства или средства растительного происхождения (что особенно часто) и преимуществе его перед другими или же о пользе экстрасенсорики.

Основными характеристиками мышления являются:

1. Темп, скорость.

2. Стройность: способность мыслить логически и формулировать свои мысли грамматически правильно.

3. Целенаправленность: способность направлять свою мысль на определенную цель.

4. Продуктивность: способность с помощью мышления прийти к новым знаниям.

Различия в темпе мышления блестяще демонстрирует проза Н. В. Гоголя: вспомните сверхбыстрые монологи Хлестакова или Ноздрева и замедленную немногословную речь Собакевича.

Сферой мыслительных процессов является не только окружающий человека мир, но и он сам.

Процесс самопознания человеком собственных психических актов называется *рефлексией*.

Являясь в принципе чрезвычайно полезным для человека свойством, рефлексия нередко чрезмерно выражена, и самокопание при этом заменяет деятельность. Это характерно для тревожных, нерешительных людей. Оказываясь пациентами, они нередко излишне прислушиваются к себе, высказывают сомнения в правильности диагноза и достаточности лечения, испытывают массу страхов, часто становятся для медперсонала навязчивыми; требуют много времени для уговоров и большого запаса терпения и милосердия.

Понятия «интеллект» и «мышление» отождествлять не следует. *Интеллект* включает в себя приобретенные знания и опыт, а также способность к их дальнейшему использованию при мыслительной деятельности. Таким образом, помимо мыслительных способностей, достаточно высокий интеллект немыслим без эрудиции и широкого круга интересов.

Невозможно говорить о высоком интеллекте подростка, хоть и смекалистого, но не имеющего жизненного опыта. То же касается упомянутых раньше людей, бессистемно накапливающих знания и практически беспомощных.

Интеллект характеризуется «коэффициентом умственного развития» (зарубежная аббревиатура – IQ, intelligence quality). Роль уровня развития интеллекта в формировании реакции личности на болезнь – огромна. Высокий интеллект предполагает и более адекватную оценку собственной болезни пациентом, без ее игнорирования. В то же время обширный объем знаний пациента в большей степени способствует чересчур пристальному вниманию к болезни, сомнениям и колебаниям.

Патология мышления

В данном разделе мы говорим об аномальных и пограничных вариантах, не касаясь специфической психиатрической патологии, наблюдаемой, например, при шизофрении.

Выделяют следующие расстройства:

1. *Эмоциональность мышления*. Отношение к окружающим людям и происходящим событиям, к болезни определяется господствующим в данный момент настроением. Люди с эмоциональным мышлением часто внушаемы и склонны к истерическим реакциям. В некоторых литературных источниках такое мышление называется *лабильным*; адекватные и неадекватные решения чередуются. Эмоциональным, или лабильным, мышление становится при некоторых соматических заболеваниях, например при базедовой болезни (гипертиреозе).

2. *Инертность мышления*. Поведение определяется несколькими (немногими) выработанными правилами, и попытки их изменения отвергаются без рассуждений. Нередко такие особенности мышления усиливаются к старости, и субъекты становятся для окружающих непереносимыми. Близко к вышеописанному – мышление по типу доминирующих (сверхценных) идей, что свойственно для людей фанатичных, в том числе для лидеров религиозных сект. Увлеченность идеей отметает все, к ней не относящееся, даже обязанности перед семьей.

3. *Нарушение критичности мышления*. Отмечается пренебрежение или безразличное отношение к собственным ошибкам, бездумное манипулирование объектами (в том числе пациентами). Такое мышление свойственно людям, эмоционально холодным, с повышенной самооценкой или же людям с неустойчивым поведением, действующим не задумываясь; часто асоциальным. Такие черты и работа медсестрой – несовместимы.

4. *Нарушение динамики или темпа мышления*. Оно постоянно ускорено, с резко выраженной отвлекаемостью, или же постоянно замедлено, тугоподвижно. Постоянство аномалии – признак, отличающий ее от фазных состояний при маниакально-депрессивном психозе.

5. *Конкретность мышления* (не путать с конкретизацией как непременной операцией мышления!).

Отмечается неспособность к операциям обобщения и абстрагирования: непонимание переносного смысла выражений или отдельных слов (методы исследования см. с. 72, 73). В психиатрии раньше такие нарушения относили к неглубокой степени олигофрении – дебильности Включение этого расстройства в учебник по медицинской психологии связано с тем, что такие люди редко становятся пациентами заведений для душевнобольных, а живут среди нас. Более глубокие степени умственной отсталости являются исключительной сферой внимания психиатров.

Методы исследования мышления

В основном применяются *тестовые методики*. Набор их весьма велик, и немногие из них предполагают количественную оценку, в большинстве предусмотрен общий положительный или отрицательный ответ о способности субъекта к выполнению.

Распространены тесты на классификацию или исключение. При их выполнении испытуемый (пациент) должен, например, объединять вместе карточки с изображениями животных, цветов, предметов мебели, одежды и т. п., что предполагает определение способности хотя бы к примитивному обобщению.

Более сложен, хотя и преследует те же цели, тест исключения в словесном варианте (тест 1).

Тест с легкостью может быть использован и медицинскими работниками среднего звена для выявления умственной отсталости или деградации интеллекта, в том числе при работе в семье (как предварительное исследование до привлечения специалиста-психолога). В каждой строке данного текста следует исключить понятие, выпадающее из однородного материала.

Дряхлый, старый, изношенный, маленький, ветхий.

Смелый, храбрый, отважный, злой, решительный.

Василий, Федор, Семен, Иванов, Порфирий.

Молоко, сливки, сыр, сало, сметана.

Скоро, быстро, постепенно, поспешно, торопливо.

Глубокий, высокий, светлый, низний, мелкий.

Лист, почка, кора, дерево, сук.

Дом, сарай, изба, хижина, здание.

Береза, сосна, дерево, дуб, ель.

Темный, светлый, голубой, ясный, тусклый.

Гнездо, нора, муравейник, курятник, берлога.

Неудача, крах, провал, поражение, волнение.

Молоток, гвоздь, клещи, топор, долото.

Минута, секунда, час, вечер, сутки.

Грабеж, кража, землетрясение, поджог, нападение.

Успех, победа, удача, спокойствие, выигрыш.

Тест 1. *Методика исключения понятий (копия бланка)*

Еще сложнее и направлен на выявление способности к понятийному мышлению тест выделения существенных признаков (тест 2).

1. *Сад* (растения, садовник, собака, забор, земля).

2. *Река* (берег, рыба, рыболов, тина, вода).

3. *Город* (автомобиль, здание, толпа, улица, велосипедист).

4. *Сарай* (сеновал, лошади, крыша, скот, стены).

5. *Куб* (углы, чертеж, сторона, камень, дерево).

6. *Деление* (класс, делимое, карандаш, делитель, бумага).

7. *Кольцо* (диаметр, алмаз, проба, круглость, печать).

8. *Чтение* (глаза, книга, картинка, печать, слово).

9. *Газета* (правда, приложения, телеграммы, бумага, редактор).

10. *Игра* (карты, игроки, штрафы, наказания, правила).

11. *Война* (аэроплан, пушки, сражения, ружья, солдаты).

Тест 2. *Копия бланка выделения существенных признаков (требуется выделить два)*

В психологической практике также используются тесты на понимание сюжетов рассказов и картин, в том числе юмористических; методы установления естественных и искусственных аналогий. Предлагаются методы исследования словесного запаса и скорости ассоциаций: например, называние возможно большего количества слов из 2, 3, 4 букв в течение 10-минутных интервалов или 50 любых слов, кроме предметов, находящихся в помещении. Способность испытуемых к абстракции используется в методе подбора слов-антонимов (к словам: тупой, грязный, отталкивание, удаление и др.; всего 46 слов в бланке). Результаты всех вышеуказанных тестов должен оценивать специалист-психолог. *Ассоциативный (словесный) эксперимент* использовался одинаково часто физиологами и психологами, а также психоаналитиками. При выполнении этого теста к называемому исследующим лицом слову пациенту предлагается привести первую пришедшую на ум ассоциацию. Приводим перечень одного из наборов слов (тест 3).

Помимо указанного латентного периода ответа, характеризующего скорость образования ассоциаций (и истощаемость мышления по мере называния слов), исследуется качественная характеристика ответов (междометные, конкретные, абстрактные, созвучные и др.). Если измерение скорости ассоциаций всегда доступно медработнику среднего звена, то квалифицированную качественную оценку ответов может дать лишь специалист-психолог.

Наиболее проста и пригодна для выявления лиц с умственной отсталостью или приобретенным снижением интеллекта методика понимания переносного смысла пословиц и метафор. Сначала предъявляют метафоры («золотые руки», «каменное сердце», «заячья душа» и др.); затем пословицы («не все золото, что блестит», «куй железо, пока горячо» и др.). Лица со снижением интеллекта, конкретным мышлением отвечают примитивно-конкретно (типа: «руки из золота», «самовар тоже блестит» и т. п.).

хлеб ______________________________
лампа ______________________________
пение ______________________________
колесо ______________________________
красота ______________________________
война ______________________________
воздух ______________________________
развитие ______________________________
звонок ______________________________
пещера ______________________________
бесконечность ______________________________
луна ______________________________
брат ______________________________
лечение ______________________________
топор ______________________________
падение ______________________________
обман ______________________________
голова ______________________________
сомнение ______________________________
игра ______________________________
цель ______________________________
глубина ______________________________
народ ______________________________
трава ______________________________
ссора ______________________________
жесткость ______________________________
бабочка ______________________________
поиск ______________________________
печаль ______________________________
совесть ______________________________
трава ______________________________
ссора ______________________________
жесткость ______________________________
бабочка ______________________________
поиск ______________________________
печаль ______________________________
совесть ______________________________

Тест 3. Копия бланка для выполнения ассоциативного эксперимента В правой стороне листа отмечается латентный период ответа в секундах

Психометрические методы исследования интеллекта (см. в гл. 1). Еще раз подчеркнем, что процедура использования каждого из них и интерпретация результатов доступны лишь квалифицированному психологу. Все методы, к тому же, весьма трудоемки (все это приходится объяснять каждой группе студентов, которые интересуются уровнем собственного интеллекта).

Так, в «шкале прогрессивных матриц» Равена испытуемым предлагается 60 таблиц (5 серий возрастающей сложности), и они должны установить взаимосвязи в рисунках, принципы аналогий, обогащения фигур, их перегруппировки, разложения на элементы. При получении суммарных показателей, переводимых в процентные, устанавливают *5 степеней* интеллектуального уровня:

95 % – особо развитый интеллект;

74 – 94 % – интеллект выше среднего;

25 – 73 % – интеллект средний;

5 – 24 % – интеллект ниже среднего;

ниже5 % – интеллектуальный дефект.

При использовании наиболее распространенного метода Векслера испытуемому предлагается 11 субтестов. Среди них: вопросники на общую осведомленность, на общую понятливость, арифметические задачи, тесты на нахождение сходства, цифровые ряды для исследования оперативной памяти; определение значения слов, нахождение недостающих деталей в картине, установление последовательности картин и др. Классификация уровней интеллекта по Векслеру (Кабанов М. М. [и др.], 1983) представлена в табл. 3.1.

Таблица 3.1 **Классификация уровней интеллекта по Векслеру**

Значения IQ в баллах	Классификация интеллекта	Процентное соотношение в населении
130 и выше	Очень высокий	2,2
120–129	Высокий	6,7
110–119	Хорошая норма	10,1
90–109	Средний	50,0
80–89	Плохая норма	16,1
70–79	Пограничная зона	6,7
69 и ниже	Умственный дефект	2,2

Другие психометрические методы исследования интеллекта менее распространены.

3.6. Эмоции

Под *эмоциями* понимаются внутренние психические процессы и состояния в форме непосредственного переживания действующих на человека явлений и ситуаций.

Понятия «эмоции» и «чувства» нередко отождествляются, однако иногда под *чувствами* понимаются переживания, связанные с определенными объектами, а под *эмоциями* подразумевается весь спектр возможных переживаний.

Человек не существует вне эмоций. Они сопровождают процессы мышления, внимания, волевые процессы; без них невозможно познание и творчество, любые достижения. Изучение эмоциональных реакций пациентов имеет огромнейшее значение: те или иные переживания могут как способствовать выздоровлению, так и затормозить процесс излечения.

Например, огромное желание поправиться способствует более высокой активности в послеоперационном периоде, а постоянное состояние уныния и тоски усугубляет состояние пациентов с язвенной болезнью желудка.

Точное определение эмоционального состояния пациента определяет тактику общения с ним, планирование ухода и направленность психотерапевтических воздействий.

Классификация эмоций. Весь спектр эмоциональных состояний человека трудно перечислить. В. Ф. Матвеев (1983) перечисляет 24 положительных, 41 отрицательнуюи5нейтральных эмоций, и это еще не предел. Однако эмоциональные состояния представляется возможным сгруппировать. Так, среди ***отрицательных эмоций*** можно выделить следующие:

1. *Депрессия* – снижение настроения. Если она не резко выражена, применяют термины «субдепрессия» или «депримированность» (что наиболее часто встречается при соматической патологии). При резко выраженной депрессии говорят о чувстве тоски. Близки к указанным состояниям: скорбь, печаль, огорчение, скука, уныние, чувство раскаяния, угрызения совести, неудовлетворенность собой.

2. *Тревога* – чувство внутренней напряженности с ожиданием несчастий или неудач, но без направленности на определенный предмет. Близки к вышеуказанному: чувство недоумения, растерянности, внутреннего беспокойства и волнения.

3. *Страх* – чувство внутренней напряженности, связанное с ожиданием конкретных угрожающих событий (болезней родных, далеких путешествий, терактов и т. п.). Если объекты страха конкретны, но реально не несут угрозы, их определяют как *фобии* (клаустрофобия – страх закрытых пространств; агорафобия – боязнь открытых пространств и скоплений людей; танатофобия – боязнь внезапной смерти; канцерофобия – боязнь заболевания раком; лиссофобия – страх сумасшествия; и ряд других). Фобии – частые спутники неврозов; в психиатрической практике – депрессий и шизофрении. Однако они нередко наблюдаются при соматической патологии и даже среди здоровых людей (например, страх высоты, закрытых помещений).

4. *Злоба* (гнев, ярость) – эти чувства направлены на определенный объект и сопровождаются недовольством, возмущением, негодованием по поводу чего-нибудь или кого-нибудь. Близки к ним переживания презрения, отвращения и омерзения. Если такого рода эмоции сочетаются с тоской, говорят о дисфорических состояниях. Они наиболее характерны для эпилепсии, но встречаются и у определенного рода аномальных личностей (см. гл. 4) и, таким образом, наблюдаются не только в психиатрической клинике, но и в быту или в соматических отделениях.

К отрицательным эмоциям относятся *чувство неуверенности* (у соответствующих личностей), а также *слабодушие* – повышенная чувствительность к внешним стимулам как положительного, так и отрицательного содержания, что сопровождается слезами. Этот феномен характерен для пожилых людей, что диктует необходимость соблюдать особую мягкость и осторожность при общении с ними.

К ***нейтральным эмоциям*** относятся *любопытство*, *удивление*, а также *апатия* – состояние безразличия к себе, людям и ситуациям и нежелание любой деятельности. Такие состояния, когда они устойчивы, характерны для психиатрической патологии (шизофрения, депрессии, опухоли лобной доли). Как временный феномен апатия может наблюдаться при крайнем утомлении или нервном истощении при соматических страданиях.

К ***положительным эмоциям*** относится *эйфория* в разнообразных проявлениях: удовольствие, восторг, радость, восхищение, нежность, блаженство, умиление и др. Даже будучи выраженными, они не приводят к болезненным состояниям в соматической сфере, если, конечно, речь не идет об эйфории, вызываемой приемом наркотических или психотропных средств.

Необходимо коснуться еще двух ***эмоциональных состояний.***

Эмпатия – способность к сочувствию, сопереживанию, состраданию другому человеку, что, как правило, смешано с жалостью; поэтому эмпатия не может быть отнесена безоговорочно к положительным эмоциям.

Медсестры с выраженной способностью к эмпатии – самые ценные работники.

Амбивалентность – одновременное сосуществование двух противоположных чувствований по отношению к какому-то объекту. Такой феномен наблюдается как патология при шизофрении, однако может иметь место в семейных отношениях у практически здоровых людей, при разнообразных личных контактах (вплоть до сочетания восхищения и отвращения) или по отношению к определенным социальным группам.

Каждое эмоциональное состояние имеет типичное внешнее выражение, что изучается в физиогномике (или физиономистике). Таковы: опущенные углы рта при тоскливом настроении, сжатые ниточкой губы при злобности и т. д. (рис. 3.6).

Говоря об эмоциональных состояниях, следует подчеркнуть особую важность своевременного распознавания депрессии и тревоги (в том числе в соматических клиниках): по выражению лиц, стремлению к уединению или невозможности сидеть на месте. Тревога и депрессия в той или иной степени сопровождаются суицидными мыслями и намерениями.



Рис 3.6. Эмоциональные состояния:

а – уныние; *б* – восторг; *в* – страх; *г* – злоба; *д* – ярость; *е* – отвращение

Помимо знака (положительные, отрицательные, нейтральные), эмоциональные состояния классифицируют по их устойчивости. Различают *синтонность* – постоянно ровный положительный эмоциональный фон; *лабильность* – неустойчивость, легкое возникновение раздражения, злобности или испуга при незначительных внешних стимулах. Крайним выражением эмоциональной лабильности является *циклотимность* — легко возникающая смена полярных по знаку эмоций, например от радости к дикой злобе или унынию.

Эмоциональная лабильность нередко возникает как при невротических, так и серьезных соматических заболеваниях, а циклотимность является сугубо личностным свойством.

Выделяют также *эмотивность* – чрезвычайную глубину и длительность чувств, что часто сочетается с эмпатией, и *экзальтированность* – отсутствие полутонов в эмоциональном отношении к людям или явлениям, которые получают только крайне положительную либо крайне отрицательную оценку. Экзальтированные пациенты трудны в общении как с медперсоналом, так и с контингентом больных.

Эмоции также подразделяют на *стенические* и *астенические* и классифицируют по длительности проявлений.

Стенические эмоции приводят человека к повышенной активности, мобилизуют волевые процессы. К таковым относятся: чувство удовлетворения, радость, восторженное упоение, а также злоба, гнев, возмущение, негодование. К астеническим эмоциям относится в первую очередь тревога, затем депрессия и апатия, которые парализуют волю.

По продолжительности проявлений эмоции подразделяют на кратковременные, средней продолжительности и длительные.

К кратковременным эмоциям относятся аффект и экстаз. *Аффект* – остро возникающий и резко выраженный всплеск отрицательных эмоций (гнев, ярость или страх), которые изменяют поведение человека. Аффекты подразделяются на *физиологические* и *патологические*. В состоянии физиологического аффекта человек на пределе эмоционального взрыва все же контролирует свои действия, иногда при этом даже манипулируя окружающими.

Сцены яростного гнева разыгрывал перед побежденными Наполеон I.

В состоянии патологического аффекта сознание человека сужается, он не сознает, кто перед ним и где он, и производит разрушительные или агрессивные действия, о которых потом забывает.

Так, в нашем наблюдении подросток убил ножом терроризирующего семью отца-алкоголика, после чего нож выронил и заснул рядом с убитым. Ничего о происшедшем не помнил.

К патологическим аффектам особенно склонны люди, перенесшие черепно-мозговую травму и другие мозговые поражения (например, менингоэнцефалит). В обращении с такими пациентами медсестра должна быть предельно корректна, невозмутима и спокойна.

Бурный всплеск положительных эмоций (восторга, восхищения и т. п.) носит название *экстаза*. Описаний такого рода состояний особенно много у Ф. М. Достоевского («Идиот», «Белые ночи»).

Настроение представляет собой эмоциональные состояния средней продолжительности (часы, дни), может быть положительным и отрицательным. Главным его признаком является постоянство эмоционального фона (длительное уныние, длительное ощущение подъема).

Наконец, *страсти* представляют собой длительные эмоциональные состояния, сплав эмоций и мотивов, сосредоточенных на определенной деятельности.

Например, страсть к обладанию женщиной у Дон Жуана, к карточной игре, к коллекционированию, к искусству или научной деятельности, т. е.

к образному или логическому познанию.

Страсти, несомненно, могут играть положительную для человека и человечества роль, но чаще характеризуются чрезмерностью.

Так, коллекционирование нередко связывается с криминалом; творчество писателя или художника нередко похоже на «самосожжение».

Например, у Ф. М. Достоевского, который писал ночами, выкуривая при этом бесчисленное количество папирос, что и привело его к ранней смерти от эмфиземы легких; или у итальянско-французского художника Амедео Модильяни, подстегивающего творчество курением гашиша, что также привело к ранней смерти от туберкулеза легких.

Возрастные изменения эмоций. Индивидуальный характер эмоционального фона и устойчивость чувств достигаются в зрелом возрасте, если у человека не случается экстремальных потрясений. Дети отличаются эмоциональной лабильностью, но, в общем, положительным эмоциональным фоном. Та же неустойчивость чувств, а также слабодушие сопровождают старение. Настроение пожилых и стариков чаще снижено, преобладают тревога или уныние. Будучи пациентами, они больше других нуждаются в одобрении.

Эмоции и стресс. Создатель теории стресса, канадский нейрофизиолог Ханс Селье определял его как «напряжение» – неспецифический, однотипный, «соматический» ответ на самые разнообразные внешние воздействия (стрессоры). Он различал три стадии такого ответа: тревогу, сопротивление и истощение Неспецифический ответ по Х. Селье содержал прежде всего эндокринную перестройку организма, затем реакцию других систем. Х. Селье впервые доказал зависимость возникновения ряда заболеваний от стресс-воздействия и был родоначальником учения о психосоматических заболеваниях. В то же время, Х. Селье вначале не придавал значения роли центральной нервной системы и эмоциональных воздействий в происхождении соматических заболеваний; это было продемонстрировано и доказано отечественными учеными (школа П. К. Анохина). В своей поздней работе «Стресс жизни» Х. Селье декларировал, что фактически вся наша жизнь есть стресс; напряжение создается как положительными (любовь, радость), так и отрицательными (горе, утрата) стимулами, но в зависимости от них стресс может быть полезным (эустресс) или вредным (дисстресс).

Какие же эмоции способствуют возникновению длительного дисстресса и психосоматических заболеваний? В первую очередь, это астенические эмоции: тревога, которая направляется на любой объект в конкретной ситуации. Далее – глубокое горе, отчаяние и чувство безысходности.

В последнее время считается, что такого рода длительные эмоции играют роль даже в возникновении онкологических заболеваний.

Однако к болезням, обусловленным стрессом, приводят и чрезмерные проявления ряда стенических эмоций, таких как зависть, тщеславие и честолюбие. Люди, страдающие такими пороками, как правило, не соотносят поставленные перед собой задачи с собственными физическими и душевными

возможностями, работают на износ, не оглядываясь на себя, и у них легко возникают либо неврозы, либо психосоматические болезни.

Физиологический субстрат эмоций. В происхождении различных эмоциональных состояний, как положительных, так и отрицательных чувствований, особую роль придают ряду подкорковых структур, так называемому «кругу Папеца» (по фамилии исследователя) (рис. 3.7).

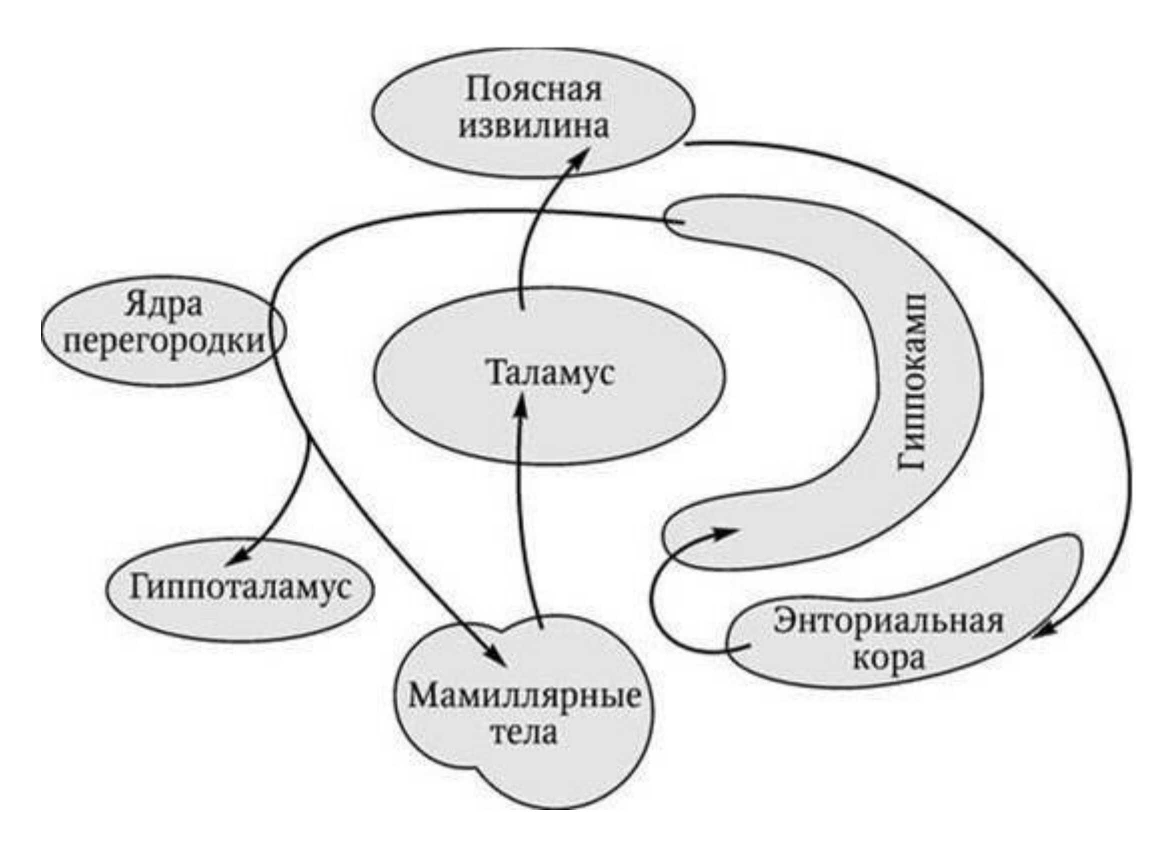


Рис. 3.7. Круг Папеца (по: Волков В. Т. [и др.], 1995)

Основанием для такого рода суждений было возникновение эмоционально-выразительных реакций у животных при раздражении или удалении указанных на рис. 3.7 структур или эмоциональных нарушений при повреждении их у человека (например, опухолью). Однако представить себе возникновение эмоций без участия коры больших полушарий головного мозга совершенно невозможно.

Эмоции возникают при мыслительной переработке новых впечатлений, регулируются и контролируются размышлением; человек сознательно изменяет диктуемое эмоциями поведение.

Среди изображенных структур (см. рис. 3.7) особая роль придается гипоталамусу (подбугорью). В нем нервные центры, при раздражении которых возникают эмоциональновыразительные реакции, тесно переплетены с центрами вегетативно-сосудистой регуляции (деятельности внутренних органов).

При длительном эмоциональном стрессе периодическое в норме нервное возбуждение превращается в постоянное, «застойное», а последнее имеет свойство распространяться; в данном случае с «эмоциогенных» на вегетативно-сосудистые центры, что и приводит к изменениям, ведущим к возникновению психосоматических заболеваний

Методы исследования эмоций

Тесты, направленные на какое-либо «измерение» эмоций, отсутствуют. Чувства, являющиеся сугубо внутренним состоянием, не поддаются количественной оценке и при внешнем выражении (попробуйте как-то измерить величину радости или печали). В то же время разработан ряд

опросников, где субъективное состояние пациентов исследуется при косвенных вопросах, а ответы суммируются.

Наибольшее практическое значение имеют «Шкала реактивной (ситуационной) и личностной тревоги Ч. Спилбергера и Ю. Л. Ханина» (Елисеев, 1994) и разнообразные «шкалы депрессии». Эти методы просты в использовании и обработке результатов и вполне доступны в сестринском процессе.

Тревога и депрессия – весьма распространенные расстройства как среди пациентов психиатрических учреждений, так и больных неврозами и пациентов, находящихся в соматических больницах.

3.7. Волевые процессы

Действие, движение (по И. М. Сеченову) – конечный этап любого психического акта. Деятельность человека обеспечивают волевые процессы.

Воля – психический процесс, заключающийся в целенаправленной, мотивированной активной деятельности, связанный с преодолением внешних и внутренних препятствий и направленный на удовлетворение потребностей человека.

Мы оставляем за скобками суждения о свободе воли, соотношении воли и необходимости – то, что рассматривается в философии.

Уже из одного определения ясно, что волевые процессы ни в коем случае не могут быть самостоятельным психическим проявлением. Волевые процессы тесно связаны с мышлением и эмоциями, что отчетливо выступает при последующем перечислении и рассмотрении их этапов.

Даже общепринятые представления о физиологических основах волевых процессов отражают эти взаимосвязи. Так, И. П. Павлов, рассматривая их, придавал значение уже образовавшимся временным связям (ассоциациям) между корковыми концами всех анализаторов, что определяет суммарный характер ответной реакции.

Разные авторы выделяют то большее, то меньшее число этапов, или фаз, волевого процесса. Наиболее коротко и конкретно они перечислены в монографии Р. Конечного и М. Боухала (1983):

1. Подготовка волевого акта.

2. Волевой акт.

3. Волевое поведение.

Первый этап включает в себя целый ряд последовательных *мыслительных решений*: осознание возможности достижения цели, рассмотрение мотивов, подкрепляющих или опровергающих эти возможности, а также внутреннюю борьбу этих мотивов и окончательное принятие решения.

Сам же выбор сферы деятельности и поставленных целей представляет собой первую стадию первого этапа волевого процесса и обозначается иногда как «импульс», иногда как влечение или желание. Выбор этот сугубо индивидуален и обусловлен *мотивациями человека*.

Под мотивацией подразумевается направленность на удовлетворение *индивидуальных потребностей человека*. Мотивации подразделяют на *низшие* (пищевая, половая, самосохранения) и *высшие* (творчество, карьера, материальное обеспечение и др.); последние обозначают еще как «ценности» или «идеалы». Фактически то же самое подразумевается под

понятием «интересы». У того или иного человека преобладают разные мотивации, которые у каждого выстраиваются в «иерархический» ряд.

Принятие решения на подготовительной стадии волевого процесса может привести как к какой-либо деятельности, так и к удержанию от намерения что-то сделать.

Второй этап – волевой акт, это фактически единственное проявление воли в узком смысле этого слова и требует определенного психического напряжения или усилия. У некоторых людей, которых мы в быту называем слабохарактерными или слабовольными, принятие решения не приводит к волевому усилию и к дальнейшим действиям.

С другой стороны, известен ряд примеров исключительной способности к волевому усилию. Это Алексей Маресьев, вернувшийся в авиацию после ампутации обеих ног; это французский художник и скульптор Огюст Ренуар, творивший почти парализованными подагрой и паркинсонизмом руками. Яркий литературный пример – рассказ Дж. Лондона «Воля к жизни» – о человеке, в течение многокилометрового одиночного зимнего перехода оборонявшегося от неотступно следующего за ним голодного волка.

Третий этап – волевое поведение – связан с движением и мышечным усилием, которые во многом осуществляются благодаря автоматизированным навыкам, чему мы и учим будущих медсестер (инъекции, десмургия и пр.).

Действия человека часто подразделяют на *произвольные* (до конца продуманные, целенаправленные) и *непроизвольные*, осуществляющиеся под влиянием неосознанных или не до конца осознанных побуждений (их пристально изучал З. Фрейд – см. гл. 2).

Роль не до конца продуманных решений в человеческой жизни огромна. Их реализация нередко определяется интуицией (см. раздел 3.5). Решение, например, о выборе друзей, любимых людей происходит вовсе не благодаря тщательному продумыванию. В то же время непроизвольный, непродуманный выбор профессии и направления деятельности приводит к неприятным последствиям.

Как и раньше, касаясь других познавательных процессов, при описании нарушений волевого поведения мы будем рассматривать аномальные проявления, пограничные состояния, но не чисто психиатрическую патологию (если нарушения не наблюдаются также при соматических болезнях).

Следует упомянуть о *внушаемости*, когда нарушается первый этап волевого процесса и человек, не используя собственные мотивации, легко подчиняется чужим. Повышенная внушаемость нередко ведет к *аддиктивному поведению* – злоупотреблению алкоголем и приему наркотиков.

Нерешительность приводит к тому, что осуществление волевого процесса задерживается на стадии борьбы мотивов и решение вообще не принимается. Этот феномен характерен для определенных личностных аномалий.

Нерешительность ярко демонстрирует известная притча о Буридановом осле, который никак не мог выбрать между двумя охапками сена и в результате умер от голода.

Если нерешительность сочетается с чувством незащищенности и несамостоятельности, а деятельность заменяется фантазированием, употребляется термин *инфантилизм* (детскость). Инфантильные люди практически беспомощны, их удел – лень и бездеятельность. Внутренне они тревожны и зависимы (что и определяет названия соответствующих личностных аномалий). К такому кругу лиц относится знаменитый нарицательный герой – Илья Ильич Обломов.

Как в соматических, так и в психиатрических клиниках нередко наблюдаются больные с феноменом *гипобулии* (ослаблением воли), когда становится почти невозможным волевое усилие. Гипобулия развивается у соматически ослабленных, длительно болеющих пациентов; она характерна для некоторых неврологических заболеваний, например паркинсонизма. Длительное «залеживание» пациентов чревато неблагоприятными последствиями – ослаблением сердечной деятельности и появлением такого грозного осложнения, как пролежни.

Парализуют волю и состояния страха, паники при массовых катастрофах и стихийных бедствиях.

Абулия, *безволие, полная бездеятельность* – характерные симптомы шизофренического дефекта и опухолей лобной доли головного мозга.

Для больных с феноменом гипобулии требуются особые приемы сестринского ухода. Пациентов необходимо всячески (но без императивных выкриков) побуждать к деятельности, рассказывая о последствиях «залеживания», давая им несложные поручения (например, вызвать кого-то к сестринскому посту или в процедурный кабинет).

Гипобулия – одно из проявлений так называемого «госпитализма», когда пациент в амбулаторных условиях не борется с болезнью, а старается полностью заменить собственную волю усилиями медперсонала. Амбулаторным сестрам, наряду с врачами, необходимо применить в этих случаях психотерапевтические вмешательства.

В противоположность гипобулии, *гипербулия* (повышенное стремление к действиям и движениям) чаще рассматривается как исключительно психиатрический феномен (развивающийся при маниакальных и маниакально-подобных состояниях). Однако повышенное стремление к деятельности, часто импульсивной, нецеленаправленной, может быть последствием повышенной тревожности. Кроме того, гипербулия присуща лицам с повышенной мотивацией к обладанию властью, безостановочно стремящимся делать карьеру или каким-то способом непрерывно обогащаться. Их деятельность протекает без оглядки на себя, собственные физические возможности и душевные качества.

3.8. Сознание. Определения

Понятие «сознания» многолико. Если спросить философа-материалиста, он ответит, что это вторичный продукт высокоорганизованной материи. Физиолог сошлется на известное положение И. П. Павлова о том, что *сознание* есть нервная деятельность определенного участка больших полушарий, в данный момент при данных условиях обладающего оптимальной возбудимостью. Нетрудно заметить, что в физиологии понятия «сознание» и «внимание» сближаются.

В то же время в медицине в понятие «сознание», вернее, в понятие «ясное сознание» вкладывается иной смысл. Сознание – это способность личности отдавать себе ясный отчет об окружающем, о настоящем и прошлом времени; способность осознать себя как индивидуальность.

В общем, пациент, находящийся в ясном сознании, должен обладать *аллопсихической ориентировкой* (Где я? В каком месте и в каком времени я нахожусь и находился раньше?) и обладать *аутопсихической ориентировкой* (Кто я в прошлом и настоящем?). Обычные записи во врачебных историях болезни в таких случаях: «Сознание ясное» или «Ориентирован полностью».

Необходимо отметить, что в психиатрии долго дебатировался вопрос: правомерно ли говорить о ясности сознания душевнобольных вообще? Действительно, можно ли говорить о нормальной аутопсихической ориентировке у пациента, считающего себя посланцем иных миров или о нормальной аллопсихической ориентировке, если пациент рассматривает больницу как застенок? Однако для удобства в психиатрии понятие, «ясное сознание» отождествляется с точной

ориентировкой в месте, во времени и в собственной личности. Пациент, считающий себя «спасителем», правильно называет свое имя, своих родных и рассказывает о своих давних делах; он может считать себя заключенным, а не больным, но правильно называть город, где находится, год, месяц и число.

Понятие «сознание» само по себе и как корень ряда слов употребляется для обозначения явлений, не относящихся к предмету этого раздела. Так, говорят (см. гл. 2) о «подсознательном» или «бессознательном», как краеугольном камне психоаналитической теории. С другой стороны, понятием «сверхсознательного» оперируют поклонники парапсихологии, говоря о невидимом обычному человеку мире, где царит сверхчувственное, сверхразумное и астральное.

Социологи и специалисты по социальной психологии оперируют понятиями «общественное и индивидуальное сознание». Под общественным сознанием подразумевается отражение бытия в данное время: политические, философские, правовые, художественно-эстетические взгляды, моральноэтические нормы и идеи. Общественное сознание в большинстве случаев довлеет над индивидуальным.

Так, в текущее время коммерциализация определяет многие моральные нормы и интересы; сказывается даже на творчестве – оно становится поп-культурным компьютерным изделием. Повышенная религиозность далеко не всегда искренна, становится модой, подражанием.

Слепая подчиняемость индивидуальности окружающему большинству рождает «психологию толпы», «стаи», готовой к разрушительным действиям, или приводит к массовому приему наркотиков, т. е. к элементам девиантного поведения (см. гл. 5). С другой стороны, в любых исторических условиях существовали и существуют люди, протестующие против навязанных им общественных норм. Часто такой протест является элементом прогресса (Коперник, Галилей, Дарвин, протестующие против религиозных догматов во имя нового знания). Однако иногда такой протест приобретает форму «ухода от реальности» (движения хиппи, панков или, если вспомнить советское время, уход людей с высшим образованием от профессиональной деятельности в кочегары или сторожа, чтобы заняться диссидентской литературой или неформальной живописью). Иногда такой протест также ведет к разрушительным агрессивным действиям (движение антиглобалистов).

Нарушения сознания

Грубые формы выключения и помрачения сознания изучаются в курсах психиатрии, терапии, неврологии и других дисциплин – как их клинические проявления, так и методы купирования или терапии.

Таковы *делирий* – наплыв галлюцинаций, страх, возбуждение, нарушение аллопсихической ориентировки; *аменция* – полная дезориентировка, бессвязная речь, хаотическое возбуждение; *онейроид* – наплыв фантастических псевдогаллюцинаций, деперсонализация; *сумеречные состояния сознания* – пароксизмально возникающие дезориентировка, автоматизированные или разрушительные действия; *оглушенность* – отсутствие или затруднение ответов на внешние раздражения, заторможенность; наконец, сопор и кома.

В то же время предметом медицинской психологии должны быть нерезкие, стертые формы нарушения сознания. Медсестра или фельдшер должны уверенно распознавать их, потому что в такие периоды интервьюирование больных, попытки выявить их реакции на болезнь, тем более проведение психотерапии совершенно нецелесообразны. О проявляющихся нерезких нарушениях сознания должен быть незамедлительно поставлен в известность врач, особенно потому, что они могут быть предвестником более тяжелых расстройств, причем как психических, так и соматических.

Обнубиляции (от лат. *nubes* – облако) являются легкой формой нарушения сознания, при которой периодически, на несколько минут, возникает состояние недоосмысления окружающего; затруднение понимания обращенных к пациенту вопросов и их запоминания. Такие «затуманивания» могут волнообразно повторяться. Амнезии в отношении их возникновения не наблюдается.

От обнубиляций следует отличать *сомноленцию* – постоянную сонливость больного при ряде соматических, особенно инфекционных, заболеваниях. Ориентировка в окружающем и осмысление его не нарушаются, хотя слабых раздражителей больной может не замечать.

При *просоночных состояниях* при пробуждении в ночное время или утром больные не сразу осознают, где находятся, какое сегодня число и день недели и т. п. Они испытывают чувство растерянности и недоумения. Восстановление нормальной ориентировки происходит постепенно. Просоночные состояния нередко наблюдаются у пожилых пациентов и могут быть предшественниками более тяжелых расстройств («спутанности» или «ночного суетливого беспокойства», изучаемого в психиатрии).

При *пределиозных (или субделиозных) состояниях* отмечается повышенная чувствительность к звуковым, зрительным и прочим раздражителям, пугливость. Нарушения усиливаются к вечеру. Расстраивается сон, при закрытых глазах возникают галлюцинации (так называемые «гипнагогические»). Появляются вечером и «парэйдолические иллюзии» (видение объектов или фигур на месте игры света и тени, на пестро окрашенных обоях и т. п.). Такие явления особенно часты у больных алкоголизмом, в частности, когда у них развиваются инфекционные заболевания.

Следует особо отметить феномен *деперсонализации* – ощущение человеком изменения, даже исчезновения собственного «я», т. е. избирательное нарушение аутопсихической ориентировки. Деперсонализация нередко сопровождает депрессии (могущие развиваться как в условиях психиатрических, так и соматических больниц). Деперсонализацией часто манифестирует шизофренический процесс. Однако она может возникать при крайнем утомлении или длительной бессоннице у людей без признаков душевной болезни.

Сон и сновидения. Прогностическое значение последних

Сон занимает около 1/3 жизни взрослого человека. Ребенок спит больше. Существуют формулы, отражающие желательную нормальную продолжительность сна у детей до года и от 1 до 16 лет. В первом случае:

$$C = 24 – M/2,$$

где С – продолжительность сна; М – число месяцев.

Во втором:

$$C = 16 – H/2,$$

где Н – возраст ребенка в годах.

Однако необходимо отметить, что для современных детей, особенно до года, характерна меньшая продолжительность сна. До 1950-х гг. сон рассматривался как «охранительное торможение», охватывающее мозг, за исключением нескольких групп клеток в так называемых «сторожевых пунктах» (например, у матери, лежащей рядом с грудным ребенком и легко просыпающейся при малейшем его движении). В 1953 – 1954 гг. два американских исследователя, Азеринский и Клейтман, независимо друг от друга описали феномен «парадоксального сна».

Согласно современным представлениям, сон состоит из двух фаз, сменяющих друга друга 4 – 5 раз: «медленноволнового», или «синхронного», сна, и «быстроволнового», или «парадоксального», сна. Соотношение их продолжительности приблизительно 73: 27 %.

Во время медленноволнового сна уменьшаются частота сердечных сокращений (ЧСС) и частота дыхания (ЧД), снижается артериальное давление (АД), уменьшается потребление кислорода тканями, расслабляется мускулатура, какие-либо сновидения отсутствуют. На электроэнцефалограмме (ЭЭГ) преобладают медленные дельта- и тета-волны. Во время быстроволнового сна ЧСС и ЧД увеличиваются, АД повышается, потребление тканями кислорода растет; мускулатура напряжена; появляются быстрые движения глаз; все это является показателем, того что человек в это время видит сны (при исследовании этого феномена людей будили). На ЭЭГ отмечается преобладание быстрых волн.

Была показана совершенная необходимость парадоксального сна для нормальной человеческой жизнедеятельности. При лишении (в эксперименте) медленного сна люди испытывали лишь утомление; в то же время при лишении парадоксального сна у них развивались психические расстройства (галлюцинации, эмоциональные нарушения). При полном лишении людей сна сначала восстанавливалась парадоксальная фаза.

Таким образом, вопреки существующим представлениям, человек видит сны всегда.

До сих пор наука не в состоянии точно ответить на вопрос, зачем человеку нужен парадоксальный сон, интенсивная мозговая деятельность ночью? Есть мнение, что в этой фазе сна особенно интенсивно протекают биохимические процессы, утилизация того, что человек получил с пищей днем. Однако наиболее признаваемым является предположение о том, что в этой фазе сна происходит переход информации из кратковременной памяти в долговременную.

Следует отметить, что практически все психотропные и психоактивные средства изменяют соотношение быстроволнового и медленноволнового сна. Так, алкоголь и барбитураты подавляют быстроволновый сон (поэтому при воздержании от них «разом» парадоксальный сон восстанавливается бурно, что приводит к галлюцинаторным феноменам, например к «белой горячке»). Транквилизаторы уменьшают продолжительность медленноволнового сна.

Во время сна, освобождения от сенсорных раздражителей, «житейской суеты» у человека возможны «озарения»: неожиданные решения мучивших его проблем, а также творческие открытия. Так, именно во сне Д. И. Менделеев открыл периодическую систему элементов.

К нарушениям сна относятся *гиперсомния* (увеличение продолжительности сна, в том числе пароксизмально наступающий сон в дневное время) и *бессонница.* Разнообразные проявления гиперсомнии изучаются в курсе неврологии. Бессонница, полная или частичная, в настоящее время является недугом около 1/3 человечества (полная у 1/9) и может наблюдаться у людей вне признаков душевных или невротических расстройств. Бессонница может проявляться затрудненным засыпанием, ранним утренним пробуждением, частыми ночными просыпаниями или просто неглубоким сном. Нарушение засыпания особенно характерно для тревожных личностей, испытывающих различные страхи, в том числе: «Засну ли я?». Те или иные проявления бессонницы наблюдаются у людей, работающих «на износ», на пределе возможностей.

Медицинским работникам среднего звена следует учить людей «гигиене сна». Сон нарушает обильная пища вечером, особенно жирная, и сласти; он также расстраивается при неправильном распределении времени труда и отдыха (например, при обучении непосредственно перед тем, как положить голову на подушку). Сон нарушают эмоциональное напряжение и волнение (например, у пожилых людей просмотр политических новостей в вечернее время). Людям, страдающим бессонницей, следует отвлекаться от темы «Засну ли я?» и придать мыслям свободное течение.

Если при нарушениях сна невозможно обойтись без искусственных вмешательств, следует рекомендовать лекарственные средства растительного происхождения (настойки пиона, валерианы, пустырника и др.) и возможно более быстрый отказ от употребления транквилизаторов, к которым вырабатывается привыкание.

Сновидения следует отличать от грёз, при которых у бодрствующих людей возникает цепь ярких представлений, фантазий, организуемых желаниями. Глаза у грезящих людей открыты. *Грёзы* часты у детей и подростков, у лиц с чертами инфантилизма, у крайне замкнутых, обособленных людей (аутичных).

Характер сновидений отражает возраст и эмоциональное состояние человека. У детей сновидения более связны, часто отражают «исполнение желаний» (жажда отличной оценки или мороженого воплощается во сне). Сновидения взрослых сумбурны: проблемы, фрагменты прошлого и настоящего переплетаются. Весьма нередко сновидения приобретают характер «бесполезных поисков выхода» (из незнакомого города, лабиринта помещений и т. п.). Такие сны характерны для состояний тревоги, для лиц с повышенной тревожностью, для пожилых людей.

Объективная продолжительность сновидений и событий, которые в это время во сне якобы происходят совершенно не совпадают. Так, известен случай, когда одному человеку снилась длительная сцена казни (гильотинирования) в короткий период, когда ему на шею упала картина.

Необходимо остановиться на двух распространенных заблуждениях. Первое – о цветных снах как симптоме душевной болезни. На самом деле цветные сны преобладают у душевноздоровых и эмоциональных людей; возникают в состоянии повышенного комфорта (после известий, вызывающих радость, восторг и т. п.); с другой стороны, сопровождаясь тревожностью, появляются, когда человек спит в условиях резкого дискомфорта – в духоте, в условиях недостаточного притока воздуха.

Другое заблуждение – возможность видения «вещих» снов, якобы предсказывающих будущие события, о чем сообщается после сновидения. На самом деле появление таких «предсказательных» снов происходит благодаря так называемым «субсенсорным восприятиям», когда человек не отдает себе отчета в значении реальных раздражителей.

Так, человек видит своего знакомого (друга, родственника) побледневшим или осунувшимся, но не обращает на это внимания. Однако видит сон о смерти этого своего знакомого, что через некоторое время и происходит. После чего сон объявляется вещим.

Медицинское прогностическое значение сновидений. Медицинский работник среднего звена не должен пассивно пропускать сообщения пациентов и членов их семей о «страшных» сновидениях. Многочисленные наблюдения свидетельствуют, что *характер сновидений за несколько дней, вплоть до 2 – 3 нед., может сигнализировать о подступающей болезни.*

Приведем несколько примеров.

Древнеримский врач Гален описал пациента, которого регулярно преследовал сон, в котором его нога становилась каменной. Вскоре эта нога стала парализованной. В другом его наблюдении человека во сне в ногу кусали змеи, и вскоре на месте «укуса» наяву появилась язва.

Известно описание болезни ребенка, которому несколько ночей снилось, что на его теле вспыхивают синие огоньки. Оказалось, что это происходило в инкубационный период, до появления коревой сыпи.

Начинающаяся болезнь зуба у боксера возвестила о себе сном, в котором его нокаутировали ударом в челюсть.

И. Касаткин (не медик) описал 912 таких «прогностических» сновидений, обобщив свои наблюдения в отдельной книге. Наиболее яркие наблюдения: человеку снятся отвратительные тошнотворные крысы, после чего наступает заболевание желудка; человеку снится удушение веревкой, а через несколько дней он заболевает мучительной ангиной; человеку снится, что его голова заполняет всю комнату, а через какое-то время у него диагностируют опухоль головного мозга.

Темы для рефератов и дискуссий по материалам главы 3

Рефераты:

1. Взаимосвязи отдельных психических функций (восприятия, памяти, внимания, мышления, эмоций, воли). Обобщение данных главы.

2. Утомление и астения: изменение психических функций. Обобщение данных главы (желательно с собственными клиническими примерами).

3. Как вы обеспечите оптимальное состояние памяти и внимания, необходимое для обучения (для себя и в форме советов другим; желательно использование примеров, относящихся к программе средних медицинских учебных заведений)?

4. Какие особенности психического функционирования можно заметить при обычном разговоре (знакомстве) с пациентами, без проведения специального тестирования?

5. Описание эмоциональных проявлений пациентов, наблюдаемых вами (мной) при клинической практике.

6. Каково должно быть адекватное поведение медсестры при контакте со следующими категориями пациентов: с нарушениями памяти, внимания, эмоций, воли, неясностью сознания?

7. Как обеспечить нормальный сон (для себя и в форме советов другим)?

Дискуссия:

Нужно ли знать медсестре, обеспечивающей уход, процедуры психологического тестирования (и какие приемы)?

Глава 4
ПСИХОЛОГИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ РАЗЛИЧИЙ

Рассмотрим отдельные характеристики, по которым люди отличаются один от другого. В дальнейшем, перечисляя типы личностей, суммируем эти различия; от анализа перейдем к синтезу.

Индивидуальные различия могут быть врожденными, или формироваться внешними воздействиями, или могут складываться из переплетения того и другого.

4.1. Темпераменты

Под *темпераментом* подразумеваются характеристики индивидуума в отношении скорости протекания отдельных психических процессов, их интенсивности, быстроты возникновения, устойчивости.

Темперамент включает:

А. Особенности эмоциональности человека:

1. Сенситивности, т. е. порога раздражения, при котором возникают эмоциональные проявления.

2. Реактивности, т. е. величины и степени непроизвольных эмоциональных проявлений.

3. Модальности, т. е. преобладающего фона настроения.

4. Стабильности эмоций.

При этом различают эмоциональную стабильность (устойчивость) и эмоциональную лабильность (неустойчивость).

Крайним выражением стабильности является эмоциональное безразличие, а крайним выражением лабильности – аффективность, склонность к развитию малоконтролируемых эмоциональных реакций.

Вспомните невозмутимого Собакевича из «Мертвых душ» Н. В. Гоголя и постоянно находившихся в состоянии надрывного аффекта героев Ф. М. Достоевского, хотя бы Дмитрия Карамазова.

Б. Скорость мышления.

В. Скорость двигательных реакций; выразительность движений, мимики и жеста.

Г. Активность – сила воздействия человека на окружающее.

Важно уяснить, во-первых, что характеристики темперамента того или иного человека *постоянны*, они не изменяются с раннего детства до глубокой старости. Во-вторых, необходимо понять, что темперамент отражает лишь *количественную* сторону психической деятельности. Недаром мы оперировали такими понятиями, как «порог», «величина», «скорость» и т. п. В характеристики темперамента не входят устремления человека, его мировоззрение, интересы и другие *качественные* показатели, отличающие одного индивидуума от другого.

Согласно Г. Олпорту (цит. по: Менделевич В. Д.), темперамент обозначает род сырого материала, на котором закладывается характер.

Учение о темпераменте является наиболее давней разработкой в психологии. Его основателем являлся знаменитый Гиппократ. Согласно его представлениям, в теле человека смешано 4 жидкости: кровь, слизь, желтая желчь и черная желчь. Преобладания той или иной жидкости Гиппократ обозначил как «кризисы», что было переведено на латынь как «темпераменты». При преобладании желтой желчи человек обладает *холерическим темпераментом*, черной желчи — *меланхолическим*, слизи — *флегматическим*. Названия «кризиса» (темперамента) у человека с преобладанием крови Гиппократ не дал; позже он был назван *сангвиническим*. Вслед за Гиппократом древнегреческий философ Аристотель, древнеримский врач Гален, философ XIX в. Эммануил Кант развили свои учения о темпераменте. Есть и современные классификации, отличающиеся от введенной Гиппократом. Однако 4 типа темперамента, выделенные им, по-прежнему наиболее общеизвестны и общеприняты.

Физиологические основы различия темпераментов были детально разработаны И. П. Павловым. Согласно его учению, эти различия объясняются силой, подвижностью и уравновешенностью нервных процессов (возбуждения и торможения).

Так, сангвиник является сильным, подвижным и уравновешенным типом; флегматик – сильным, уравновешенным, но малоподвижным; холерик – сильным, подвижным, но неуравновешенным; наконец, меланхолика И. П. Павлов характеризовал как «слабого типа» в аспекте и силы, и подвижности, и уравновешенности нервного возбуждения и торможения.

Сангвиник и флегматик иногда характеризуются как «средние» или «центральные» типы, а холерик и меланхолик как крайние. Согласно О. П. Елисееву, «средние» типы составляют по 34 % общей популяции, а «крайние» по 16 %. Однако это не общепринято.

Описания носителей того или иного темперамента в разных литературных источниках не совпадают. Общие положения следующие:

Холерик – человек, у которого эмоциональные проявления (то ли радость, то ли тревога, то ли злоба) легко возникают при незначительных раздражениях и отличаются значительной силой. Легко возникают состояния аффекта и экстаза. В то же время его эмоции переменчивы; и злобность, например, может быстро смениться смехом, т. е. холерик всегда эмоционально лабилен. Он активен, решителен и настойчив, отличается высокой работоспособностью, но только в благоприятных условиях, когда его усилиям не мешают эмоциональные раздражения. Скорость его двигательных реакций высока, речь быстрая, но неровная; мимика и жесты выразительные, нередко чрезмерно.

Люди с холерическим темпераментом в силу неуравновешенности, вспыльчивости, несдержанности, бурных аффектов, обидчивости и агрессивности больше других склонны к конфликтам. Они относительно слабо приспособлены к требованиям школы или трудового коллектива, причем в своих неудачах они обычно склонны винить окружающих, а не себя (это так называемая «экстрапунктивная направленность») (рис. 4.1, *а*).

Сангвиник – человек, также живой и эмоциональный, но порог возникновения эмоций у него значительно выше; они возникают лишь от значимых для него раздражений. Крайние эмоциональные реакции – аффект или экстаз для них не характерны. Эмоции сангвиника стабильны, меняются они плавно и для человека безболезненно. Фон настроения несколько повышенный; он оптимист, человек общительный и разговорчивый. Сангвиник отличается наиболее высокой активностью, инициативностью, решительностью; его работоспособность нарушить трудно. Скорость мышления и движений у него высокая, мимика и жесты богатые, выразительные, речь громкая, интонации выраженные. Сангвиник отличается высокой приспособляемостью к условиям школы и рабочего коллектива, в конфликты вступает относительно редко (см. рис. 4.1, *г*).

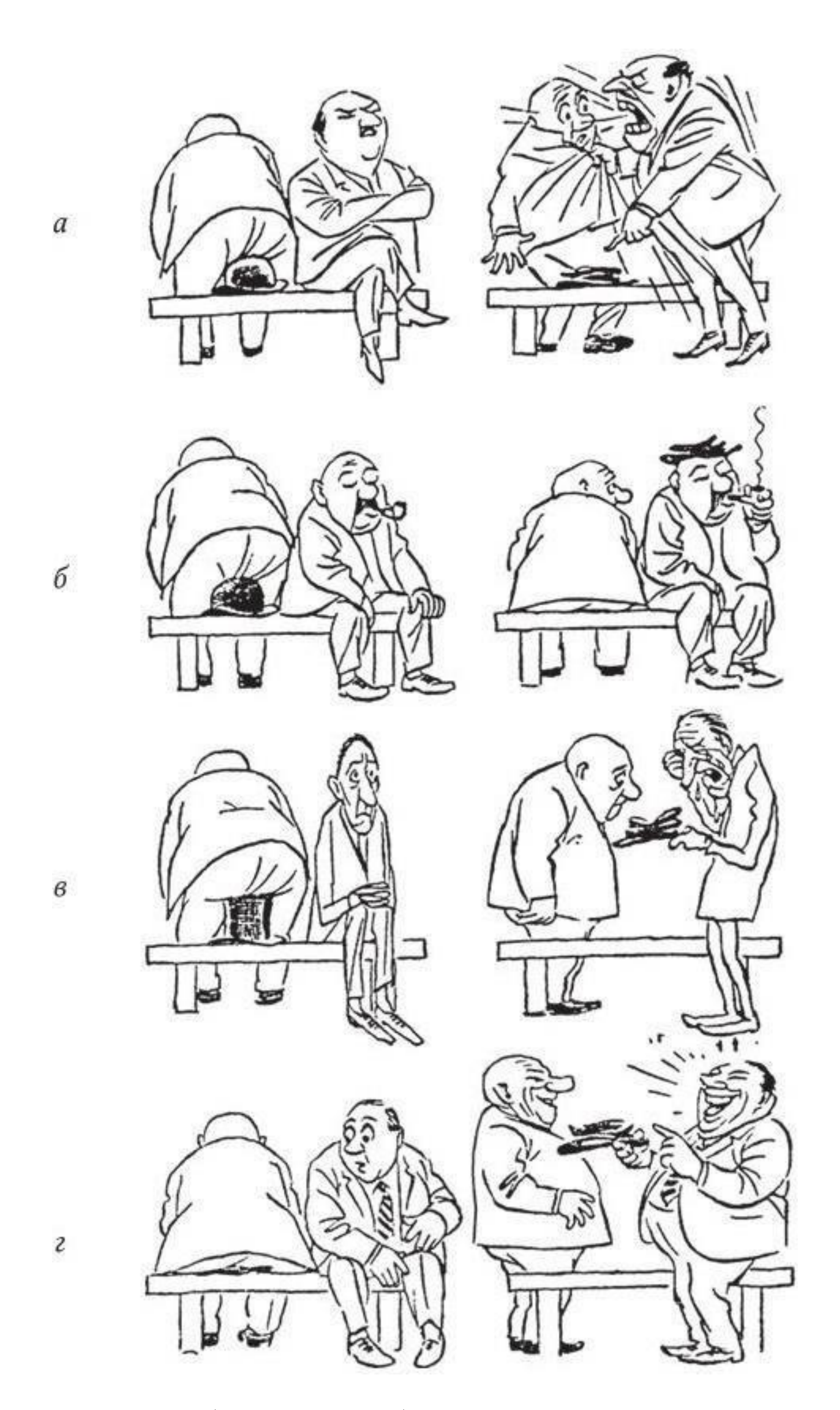


Рис. 4.1. Типы темпераментов (по: Бидструп Х.):

а – холерик; *б* – флегматик; *в* – меланхолик; *г* – сангвиник

Примеров холерического темперамента в творчестве Ф. М. Достоевского – множество. Помимо Мити Карамазова, это и Раскольников, и Рогожин, и многие другие. Таким был, судя по воспоминаниям, и сам писатель.

Сангвиником – светлым, эмоциональным, оптимистичным, быстрым был, несомненно, и А. С. Пушкин.

Флегматик – человек мало эмоциональный, реагирует лишь на значительные раздражения. Эмоционально стабилен, нередко безразличен; его нелегко смутить. Хотя мыслительные процессы и двигательные реакции у него замедленны, он отличается высокой работоспособностью, принимает твердые решения, пусть и с замедлением. Как правило, он запоминает, хоть и понемногу, но глубоко. Он без труда приспосабливается и к школе, и к трудовому коллективу и редко оказывается в центре конфликтов; миролюбив и сдержан. Речь флегматика ровная, замедленная, жесты и мимика скупые (см. рис. 4.1, *б*).

Типичный пример флегматика (помимо упомянутого Собакевича), немногословный и реагирующий на все с замедлением Пьер Безухов – герой романа «Война и мир» Л. Толстого.

Меланхолик – человек, у которого сенситивность, порог возникновения эмоциональных состояний резко снижены; он впечатлителен, переживает даже мелкие раздражения – «уколы» окружающих и «уколы совести» – глубоко и длительно. Чаще эмоциональным ответом являются печаль, тоскливость, слезы, и вообще настроение у него чаще понижено. Он робок, нерешителен. Сильные переживания ему несвойственны, он быстро после них истощается и ощущает усталость и апатию. Также истощаема и его работоспособность, он не способен к инициативным, быстрым решениям. Мышление и двигательные реакции у него замедленны, мимика и жесты вялые и нерешительные. Речь тихая.

Меланхолик чаще всего боится вступать в конфликты, он пытается приспособиться к условиям и требованиям детского и взрослого коллективов, но весьма часто это оказывается для него непосильным. В неудачах он склонен винить себя, а не окружающих (это так называемая «интрапунктивная» направленность) (см. рис. 4.1, *в*).

Литературные примеры: Акакий Акакиевич из повести Н. В. Гоголя «Шинель»; герои Диккенса.

(!) К возникновению невротических и психосоматических состояний, естественно, более предрасположены носители холерического и меланхолического темпераментов. Оба – в силу повышенной сенситивности к эмоциогенным раздражителям; кроме того, холерики – в силу неуравновешенности, склонности к аффектам, плохой толерантности к окружению, а меланхолики – из-за склонности к депрессии, легкой утомляемости, боязливости.

Методы исследования темперамента. Косвенные суждения о скорости мышления и двигательных реакций можно получить, проводя вышеупомянутый «ассоциативный эксперимент» и исследуя «сенсомоторные реакции».

Существует *опросник Стреляу* непосредственно для определения темперамента. Он крайне трудоемок (134 вопроса), сложен в обработке результатов и для сестринского процесса совершенно непригоден.

Более прост и более широко употребителен «*Круг Айзенка*»; при использовании этого метода определяется степень эмоциональной уравновешенности и общительности и, исходя из этого, – тип темперамента. Определяется и степень искренности испытуемого, что крайне важно. Следует заметить, что прямая связь темперамента и общительности наблюдается не всегда (см. с. 425). Опросник Айзенка (часть методики «Круга Айзенка») существует в двух вариантах – подростковом и взрослом (последний представлен в Приложении 4).

4.2. Экстраверты и интроверты. Художественный и мыслительный типы

Экстравертами называют людей, психическая жизнь которых питается внешними впечатлениями; ориентированных вовне, общительных. Экстраверт нуждается в собеседниках, еще больше в слушателях. Он не переносит одиночества, на работе или в процессе учебы нуждается в сотрудничестве. Он открыт, ясен для окружающих и сам не склонен таить свои переживания и размышления – «весь, как на ладони».

Типичными экстравертами среди русских писателей были А. С. Пушкин, Н. А. Некрасов, А. М. Горький, сочетающие, кстати, литературную деятельность с организационной. Среди ученых экстравертами были И. П. Павлов, Д. И. Менделеев, Л. Пастер – основатели научных школ и исследовательских институтов.

Интровертами называют людей, живущих внутренним миром, своими размышлениях, часто длительными и напряженными; ориентированных вовнутрь, малообщительных. Интроверт склонен к одиночеству, нуждается в периодах полного одиночества, хотя оно (если человек душевно здоров) должно прерываться периодами общения. Он для окружающих неясен или не полностью ясен; таит свои переживания, особенно интимные, часто раскрывается людям с неожиданной стороны. К нему подходит поговорка: «чужая душа – потемки». Он часто «сам по себе» в школьном коллективе, а на работе предпочитает исполнять свои обязанности или творить в одиночку.

Типичными интровертами среди русских писателей были Н. В. Гоголь и А. П. Чехов, стремящиеся к самосовершенствованию или не декларирующие свои мысли напрямую. Интровертами среди ученых были Р. Кох и в какой-то степени А. Эйнштейн.

Мы уже упоминали, что термины «экстраверт» и «интроверт» ввел швейцарский ученый К. – Г. Юнг. Часто оперируют исходящими отсюда терминами: «экстраверсия» и «интроверсия»; «экстравертированность» и «интровертированность».

Безусловно, существуют и так называемые «средние типы», однако с тяготением к тому или иному полюсу: экстраили интроверсии.

Степень общительности часто включают в понятие темперамента. Так, пишут, что с интроверсией сочетаются свойства флегматического и меланхолического темпераментов, а с экстраверсией – холерического и сангвинического. Такое отождествление вы можете проследить, просматривая методику «Круга Айзенка» (см. Приложение 4).

Вместе с тем, очевидно, можно говорить лишь о частом сочетании степени общительности и вида темперамента, но не о полном соответствии. Каждый, даже не взирая на возрастную житейскую неопытность, встречал людей, склонных к унынию, печали, слезам, но тем не менее (иногда настойчиво) ищущих собеседников для многословного изложения своих жалоб, – экстравертов. Или же немногословных, кажется, слишком спокойных людей, неожиданно взрывающихся речевым потоком (не всегда связным) – интровертов, о которых говорят: «комок нервов внутри».

Например, Раскольников у Ф. М. Достоевского.

Естественно, и в ситуации болезни интроверт более для медработника неясен и закрыт, и депрессия у него может остаться незамеченной. В то же время «выпытывания» могут только ухудшить контакт между ним и медработником. Нужные сведения последнему лучше получать у такого пациента «исподволь».

Понятия «художественный и мыслительный тип личности» были введены И. П. Павловым.

«Жизнь отчетливо указывает, – писал он, – на две категории людей – художников и мыслителей… Одни, художники во всех своих родах: писателей, музыкантов, живописцев

захватывают действительность целиком, сплошь… без всякого дробления, без всякого разъединения. Другие – мыслители… дробят действительность, как бы умертвляют ее, делая из нее какой-то временный скелет и затем… снова собирают ее части и стараются таким образом оживить, что вполне все-таки им не удается».

«У одних, художников, деятельность больших полушарий, протекая во всей своей массе, захватывает всего меньше лобные их доли и сосредоточивается главнейшим образом в остальных отделах; у мыслителей, наоборот, преимущественно в первых…»

И. П. Павлов, таким образом, подразделял людей на индивидуумов с преобладанием 2-й сигнальной системы (мыслительно-речевой деятельности, которую он соотносил с функционированием лобных долей) – мыслителей; и индивидуумов с преобладанием 1-й сигнальной системы (образного мышления, связанного с преимущественным функционированием центральных концов анализаторов органов чувств) – художников.

Люди художественного типа склонны к занятиям, затрагивающим непосредственно органы чувств (это не обязательно живописцы или музыканты; могут быть и квалифицированные столяры-краснодеревщики или слесари-инструментальщики). Люди мыслительного типа склонны к опосредованным занятиям, не затрагивающим органы чувств. Типичные случаи: шахматисты, математики, физики-теоретики.

Естественно, напрашиваются параллели: «экстраверт – художественный тип» и «интроверт – мыслительный тип». Однако опять-таки здесь можно говорить о наиболее частых совпадениях, но не о полных соответствиях. О. П. Елисеев приводит диаграмму, в которой выделяет при экстравертированности около 16 % «мыслителей». Многие художники и композиторы были явными интровертами (Гойя, Шуман), а великие мыслители (И. П. Павлов, З. Фрейд) – экстравертами. Очевидно, нельзя ставить знак равенства между склонностью к непосредственным и опосредованным впечатлениям и выбором тех или иных занятий.

4.3. Самооценка и уровень притязаний

Индивидуальные различия, о которых идет речь в контраст рассматриваемых нами в предыдущих разделах (темперамент, экстра- и интровертированность и пр.), являются в основном не врожденными, а приобретенными.

Самооценка (синонимы или близкие понятия: самоотношение и самоуважение) – одно из основных (базисных) свойств личности; определение ее качества имеет огромное значение, поскольку оно определяет возникновение ряда патологических состояний, реакцию личности на болезнь, может влиять на эффективность терапии. Чрезмерные отклонения в самооценке могут потребовать психокоррекции.

Качество самооценки закладывается в детстве и зависит от взаимоотношений ребенка с родителями. Подчеркивание реальных и мнимых достоинств ведет к чрезмерно завышенной самооценке. Искренние проявления любви и полноценный контакт родителей с ребенком способствуют адекватной самооценке. Отчуждение ребенка, грубое подавление естественного детского негативизма, предъявление ему завышенных требований имеют следствием развитие чрезмерно пониженной самооценки. То же может произойти при неправильной постановке замечаний: вместо частных – общих (например, не «ты меня обманул», а «ты – лгун!»). В подростковые, школьные годы самооценка формируется отношением (мнением) окружающих. Адекватная оценка себя достигается лишь в зрелые годы.

Различают чрезмерно завышенную, повышенную, адекватную, пониженную, чрезмерно заниженную самооценку.

Чрезмерно неадекватно заниженная самооценка ведет к тревожности, боязни собственных поступков, отрицательных отзывов окружающих; ранимости, острой реакции на безобидные насмешки или легкие порицания; к разрушению надежды, ограничению контактов с другими людьми, понижению социальной активности. Реальные успехи при этом расцениваются как случайность. Свои проблемы человек с чрезмерно заниженной самооценкой иногда переносит в область воображения, в создаваемый им фантастический мир, где эти проблемы успешно решаются (вспомните «Белые ночи» Ф. М. Достоевского).

Излишне доказывать, что в ситуации болезни человека с чрезмерно заниженной самооценкой отличает неверие в выздоровление, склонность к депрессии. Тревога и ранимость, порождаемые чрезмерно заниженной самооценкой, предрасполагают к развитию невротических расстройств и психосоматических состояний.

При чрезмерно завышенной самооценке: непоколебимой вере в себя, высокомерии, преувеличении недостатков других, отметании любых критических замечаний в свой адрес – любая неудача нарушает душевное равновесие. При этом ответственность за неудачу перекладывается на других, развивается подозрительность (вплоть до бредовых идей), возникают конфликты и отчуждение от других людей.

Пересмотр самооценки может привести к душевному краху и суициду. В то же время при психокоррекционных вмешательствах легче исправляется пониженная, чем повышенная самооценка.

У человека с чрезмерно завышенной самооценкой в ситуации болезни, естественно, сохраняется наклонность к конфликтам. Он может не доверять медработникам, ставить собственные диагнозы, требовать иного лечения или заниматься самолечением. Частые неудачи у людей с повышенной самооценкой также ведут к невротическим расстройствам и психосоматическим состояниям.

Так, замечено, что к ишемической болезни сердца (ИБС) склонны энергичные, честолюбивые карьеристы с повышенной самооценкой, высоким темпом жизни, не умеющие отдыхать.

Уровень притязаний относится к *идеалу*, т. е. соответствует задачам, которые человек ставит перед собой, и целям, которые он стремится достичь. Отношения самооценки и уровня притязаний весьма сложны.

Действительно, человек с пониженной самооценкой вряд ли будет ставить перед собой высокие цели и задачи, а индивидуум с повышенной самооценкой скорее всего будет стремиться к карьере, достижению материального достатка, власти и т. п. Однако, с другой стороны, если человек вырабатывает у себя невысокий уровень притязаний и легко достигает требуемого, самооценка у него может быть повышенной.

Например, он направляет все силы на достижение максимального физического благополучия, занимается бегом трусцой, гимнастикой с гантелями даже в пожилом возрасте, похваляется перед другими силой и здоровьем, не замечая, что он выглядит субъектом невысокого кругозора и узкого круга интересов.

С другой стороны, человек с повышенным уровнем притязаний, терпящий неудачу за неудачей, резко снижает уровень самооценки со всеми упомянутыми выше медицинскими и социальными последствиями.

Существует так называемая формула Джемса (цит. по: Ковалев С. В.), иллюстрирующая вышесказанное:

Самооценка = успех / притязания.

Уровень притязаний человека также формируется постепенно. Различают исходный уровень и его динамику, зависящую от результата (успеха). В конце концов устанавливается типичный для личности уровень притязаний, который может и должен корректироваться как самим человеком, так и окружающими, а если он неправомерно высок и сказывается на здоровье, – корректируется медработником.

Методы исследования самооценки и уровня притязаний

Таких методов разработано немало, и некоторые из них достаточно просты как по процедуре проведения, так и обработке результатов (см. Приложение 5).

Весьма проста в использовании «*шкала Розенберга*»по определению «степени самоуважения». Испытуемому предлагается 10 суждений.

1. Я чувствую, что я достойный человек, по крайней мере, не менее, чем другие.

2. Я всегда склонен чувствовать себя неудачником.

3. Мне кажется, что у меня есть ряд высоких качеств.

4. Я способен кое-что делать не хуже, чем большинство.

5. Мне кажется, что мне особенно нечем гордиться.

6. Я к себе хорошо отношусь.

7. В целом я удовлетворен собой.

8. Мне бы хотелось больше уважать себя.

9. Иногда я ясно чувствую свою бесполезность.

10. Иногда я думаю, что я во всем нехорош.

При этом каждому ответу присваивают определенные баллы, проставляемые испытуемым.

На вопросы № 1, 3, 4, 6, 7, 8:

4 *балла* – полностью согласен;

3 *балла* – согласен;

2 *балла* – не согласен;

1 *балл* – абсолютно не согласен.

На вопросы № 2, 5, 9, 10:

4 *балла* – абсолютно не согласен;

3 *балла* – не согласен;

2 *балла* – согласен;

1 *балл* – полностью согласен.

Итоговое значение показывает степень и направленность самооценки. Логично, что при конечном значении > 25 – самооценка (самоуважение) завышена; при конечном значении < 25 – занижена.

Еще проще процедура исследования самооценки по *методу* Дембо – Рубинштейн.

На листе бумаги проводят вертикальную линию и испытуемому говорят, что она обозначает «счастье»; верхний полюс – «полное счастье», а нижний – «несчастливость». Испытуемому предлагают указать на линии свое место. Такие же (параллельные с первой) линии проводят для исследования самооценки пациента по показателям здоровья, умственного развития, характера.

Т. М. Габриял использовал для исследования самооценки здоровья шкалу с семью категориями: «самый больной», «весьма больной», «более или менее больной», «средне больной», «более или менее здоровый», «весьма здоровый», «самый здоровый».

После проведения методик Дембо – Рубинштейн или Т. М. Габриял обычно приступают к беседе с пациентом, выясняя причину того или иного ответа, сравнивая самооценку с объективными показателями здоровья.

Для исследования уровня притязаний в московской школе Б. В. Зейгарник был разработан метод Б. И. Бежанишвили, модифицированный и упрощенный В. М. Блейхером (см. Приложение 5).

4.4. Другие индивидуальные различия

В психологии рассматривается еще ряд индивидуальных особенностей людей. Такова «*направленность личности*» – совокупность мотивов, определяющих поведение. Мотивы эти диктуются доминирующими интересами, существующим идеалом, мировоззрением и убеждениями (если под мировоззрением подразумевается совокупность взглядов, то под убеждениями – та же совокупность плюс готовность к действию).

К *индивидуальным различиям* относятся особенности отдельных познавательных функций (например, скорости восприятия, объема внимания; медленное или быстрое запоминание, способность к волевому усилию и многое другое), а также черты характера: доброта или злобность; храбрость или трусость; оптимистический или пессимистический фон настроения; лживость или честность и т. д.

К индивидуальным различиям относится и стремление людей занять в социуме, в больших или малых группах, определенное положение – лидера, близкого к лидеру, тайного лидера – оппортуниста, конформиста (приспосабливающегося) и подчиняющегося. Однако изучение этих различий является прерогативой социальной психологии, хотя касается и медицинской. Известно, что лица, стоящие на крайних полюсах социальной иерархии, – лидеры или подчиняющиеся – наиболее подвержены неврозам и психосоматическим заболеваниям.

При рассмотрении типов личности (включая «акцентуации» и «аномалии») подходим к главной задаче медицинской психологии – изучению человека в ситуации болезни и его реакций на окружающее при этом.

Однако прежде этого необходимо остановиться на достижениях Эрнста Кречмера и его школы. Во-первых, были установлены связи типа телосложения («строения тела») и типа личности. Во-вторых, прослежены закономерности перехода личностного «варианта» в определенные личностные аномалии и болезнь; подверженность лиц с тем или иным типом телосложения к тем или иным соматическим и психическим заболеваниям.

4.5. Связь типов телосложения и типов личности. Закономерности перехода варианта личности в аномалию и болезнь   Разработки Эрнста Кречмера и его школы.
К моменту выхода знаменитой книги «Строение тела и характер» (1921) Эрнст Кречмер провел широкое изучение конституциональных особенностей душевнобольных, лечившихся в его клинике (г. Тюбинген, Шварцвальд); членов их семей, некоторых других категорий пациентов (эпилептики; люди, страдающие некоторыми эндокринными заболеваниями). Кроме того, исследованию были подвергнуты 150 здоровых людей.

Изучались строение тела, форма черепа, особенности волосяного покрова, своеобразие сексуального инстинкта. Все полученные данные сравнивались с характерологическими особенностями исследуемого контингента.

В результате изучения строения тела упомянутого контингента Э. Кречмер выделил четыре типа телосложения:

1. *Лептосоматики (астеники)* – хрупкие, высокого роста, с узкими плечами, длинными и худыми конечностями.

2. *Пикники* – тучные, неповоротливые, малого или среднего роста, с круглой головой на короткой шее, короткими конечностями.

3. *Атлетики* – крепкого телосложения, с чрезвычайно развитой мускулатурой и физически сильные, с широкими плечами и узкими бедрами.

4. *Диспластики* – непропорционального или бесформенного телосложения (например, с большой головой и слабыми короткими конечностями).

В результате характерологического исследования Э. Кречмер выделил две разновидности так называемых «средних типов»: душевно здоровых людей:

А. Циклотимический тип (циклотимы) – общительные, любознательные, человеколюбивые, реалистичные, часто болтливо-веселые, юмористы, любители жизни, энергичные практики, склонные к примирению с действительностью и другими людьми.

Б. Шизотимический тип (шизотимы) – сдержанные, необщительные, прямолинейные, часто лишенные юмора, чудаковатые, «друзья природы и книги», иногда холодные и властные, с эмоциональностью, проявляющейся внутри, но не вовне.

Более того, если в телосложении прослеживались смешанные черты (например, сочетание тонких конечностей, высокого роста и «пикнической» выраженности подкожно-жирового слоя), то отмечались и смешанные черты характера (например, сочетание деспотизма или идеализма с веселостью и общительностью).

Сам Э. Кречмер сомневался в существовании третьего, «эпилептического» типа характера, считая эпилепсию следствием травм или врожденных повреждений, что впоследствии не подтвердилось. Однако этот тип характера был доказательно выделен его учениками.

В. Эпилептический тип – раздражительные, злобно-гневливые, вязко-мелочные (возможно, в свете современных представлений – с повышенной судорожной готовностью).

При заострении нормальных черт (циклотимических, шизотимических, эпилептических) появляются аномальные проявления, и люди расцениваются как психопатические личности (по современной классификации – люди с расстройством личности). Э. Кречмер выделял два таких аномальных типа – «циклоидов» и «шизоидов». У *циклоидов* отмечается измененный фон

настроения: постоянно повышенная веселость или «вечная скорбь», или колебания настроения от того до другого полюса. У *шизоидов* ведущим признаком является аутизм (отгороженность от реальности), а крайними полюсами характера являются неадекватная раздраженность или эмоциональное бесчувствие.

Болезни – шизофрению или маниакально-депрессивный психоз (по современной классификации – аффективное расстройство) Э. Кречмер рассматривал «в широком биологическом смысле» как заострение, вернее, накопление черт шизоидных или циклоидных аномалий. Циклоиды, таким образом, расматривались как лица, предрасположенные к маниакально-депрессивному психозу, а шизоиды – к шизофрении.

Э. Кречмера позже упрекали за стирание граней между нормой и болезнью, игнорирование закона «перехода количества в качество», однако он никогда не отрицал нового качества болезни.

Позже была выделена «эпилептоидная психопатия», и люди с таким расстройством оказались предрасположенными также к «своей» болезни – эпилепсии.

Таким образом, при указанном «заострении» или «накоплении» черт шизотим может стать только шизоидом, а не циклоидом, и наоборот. При заострении черт у шизоида он может заболеть только шизофренией, но не маниакально-депрессивным психозом, и наоборот.

В цепочке «циклотим – циклоид – больной маниакальнодепрессивным психозом» одинаково доминировали лица с пикническим типом телосложения. В цепочке «шизотим – шизоид – шизофреник» – лица с астеническим, реже с диспластическим и с атлетическим телосложением. Последним из указанных типов телосложения обладают люди с эпилептическими чертами характера, эпилептоидной психопатией или эпилепсией. Типы телосложения, таким образом, одинаковы как у больных, так и у психопатических личностей, а также при определенных вариантах нормы. Иногда у родственников больных или у здоровых людей (с циклотимическими, шизотимическими, эпилептическими чертами характера) соответствующие черты телосложения представлены более ярко, чем у душевнобольных.

В дальнейшем были выявлены особенности телосложения и у больных с рядом соматических заболеваний и предрасположенность людей с определенными личностными чертами к конкретной соматической патологии.

Э. Кречмер в развитии учения о типологии личности является первооткрывателем. В дальнейшем было выделено еще множество типов личности, однако в их описание были заложены как преимущественный тип телосложения (соответствующий классификации Э. Кречмера), так и предрасположенность к тем или иным заболеваниям (более широкий круг, чем у Э. Кречмера).

4.6. Личности и характеры, акцентуации и аномалии

Понятия «характер» и «личность» нередко отождествляются, однако в большинстве литературных источников (В. Д. Менделевич, А. Е. Личко, Х. Рорахер и др.) различия усматриваются в следующем.

К личности характер относится как генотип к фенотипу. *Характер* предусматривает наличие наследственно обусловленных индивидуальных черт, задатков, устойчивых особенностей, проявляющихся в типе реагирования на раздражения и впечатления действительности. Формируется характер воспитанием на основе врожденных свойств. Начиная со зрелого возраста, черты характера отличаются устойчивостью.

Личность формируется на основе характера под влиянием социальной среды, т. е. это сочетание социально значимых черт: выработанного мировоззрения, идеалов, иерархии ценностей, того или иного уровня самостоятельности и ответственности.

В зрелом возрасте личностные особенности приобретают относительную устойчивость, однако личность изменяется в большей степени, чем характер, под влиянием окружающей среды. В особенности личности могут включаться дополнительные черты.

Ребенок растет живым, веселым, энергичным, самостоятельным (*характер*). Достигнув зрелости и соприкоснувшись с общественным окружением, он приобретает импульс к достижениям, карьере, пробует стать лидером большой или малой группы, иногда работает «на износ» (т. е. приобретает определенные *личностные черты*).

Или: ребенок обладает робким, нерешительным, чувствительным *характером.* Соприкоснувшись с социумом, он теряет самостоятельность, перекладывает решения на окружающих, уходит в мир фантазий, т. е. тоже приобретает определенные *личностные черты*.

Различают:

Варианты так называемой нормы (хотя от определения понятия «норма» исследователи обычно уходят).

Акцентуации (акцентуированные характеры и акцентуированные личности), представляющие крайние варианты нормы. Индивид, обладающий теми или другими акцентуированными чертами, не теряет способности адаптироваться к окружающей действительности. В определенных ситуациях человек с акцентуированными чертами, оказывается уязвимым по отношению к типу окружения, но в других случаях те же черты характера ему помогают.

Так, человек с педантичным типом характера, затруднением переключаемости, замедленностью мышления может добиться определенных достижений в ситуациях, когда его трудовая деятельность четко регламентирована инструкциями, и получить нервный срыв, когда от него требуют самостоятельных нестандартных решений или в неопределенной обстановке.

Аномалии (психопатии, расстройства зрелой личности).

Они отличаются от акцентуаций бó льшим постоянством, стабильностью, одинаковым проявлением в любой ситуации. Вследствие уже не заострения, а искажения характерологических и личностных черт человек не в состоянии адаптироваться к общественной среде (семье, месту занятости), даже если она представляется благоприятной.

Виды акцентуаций были выделены в основном К. Леонгардом и А. Е. Личко. Типология расстройств зрелой личности определена «Международной классификацией болезней» (10-й пересмотр). Поражает, насколько названия акцентуаций и аномалий (расстройств зрелой личности) в большинстве случаев совпадают (см. Приложение 7). И в той и в другой классификации есть названия: «шизоидная», «истероидная (демонстративная)», «эпилептоидная», «эмоциональнолабильная или аффективно-лабильная», «тревожная» и др. Это не удивительно, если вспомнить приведенные закономерности переходов при накоплении, «заост рении» черт (см. с. 113).



Рис . 4.2. А. Е. Личко

Для нас существенным является следующий вопрос: можно ли классификацию личностных акцентуаций перенести на варианты нормы? При положительном решении облегчается изложение нашей центральной задачи: описания типологии реакций личности на болезнь, медицинское и иное окружение.

Совершенно очевидно, что классификации акцентуаций и вариантов нормы должны совпадать. О совпадении типов характера (истерического, шизоидного, астенического и др.) с соответствующими акцентуациями пишет В. Д. Менделевич: «…Каждая из вышеперечисленных черт характера может относиться и к условной норме, быть заостренной (акцентуированной. — *Авт*.) или становиться основой так называемых расстройств личности (психопатий в старом понимании)…».

А. Е. Личко (рис. 4.2) не раз подчеркивал, что в развитых странах акцентуированные личности составляют около 50 % общей популяции. Очевидно, процент становится бо́ льшим, если учитывать выделенные им же «скрытые акцентуации», проявляющиеся лишь в определенных ситуациях. Распространенность же аномалий – до 5 %.

Наиболее известные тесты для исследования типологии личностей содержат в результатах обработки данных описания тех же черт, что характерны для акцентуаций и аномалий (опросники Кеттела или MMPI).

Наконец, предположить, что сходство классификаций акцентуаций и аномалий не может распространяться на варианты нормы, было бы просто нелогичным или нелепым.

Паранойяльный характер, «застревающая» акцентуация, параноидное расстройство личности

Для таких индивидуумов характерны повышенная самооценка, высокомерие, склонность к нравоучениям. Они обладают повышенным уровнем притязаний, а также предъявляют чрезмерный уровень требований к окружающим: «все обязаны с ними считаться». Они обладают острым чувством обиды, чрезмерно чувствительны к неудачам и отказам по службе, могут работать лишь в ситуациях признания, поощрения, следования их примеру, но не в ситуациях сомнений в правильности их работы, их убеждений, тем более при каком-то их уличении.

При более выраженных изменениях их характера и личности они чрезмерно подозрительны, ищут тайный смысл в поступках окружающих, все рассматривают как относящееся к ним. Даже нейтральные или дружеские высказывания могут рассматриваться как враждебные. Такие личности – одни из наиболее конфликтных (и в медицинских условиях), причем при возникновении конфликтов являются активной стороной. Они никогда и ничего не прощают, легко становятся в коллективах «борцами за идею», даже если эта «идея» ничтожна (например, распределение премии). Нередко они пишут многочисленные жалобы, прибегают к судебным разбирательствам (их именуют «сутягами» или «кверулянтами»).

В еще более выраженных случаях наблюдается возникновение идей реформаторства, изобретательства, причем такие личности не терпят возражений в свой адрес (в том числе претендуя на выдающиеся открытия в медицине или свои способы целительства). Они могут оказаться во главе религиозных сект, тем более что с повышением степени выраженности расстройств они испытывают тягу к мистическому и иррациональному.

Преимущественный тип телосложения таких людей атлетический или диспластический; темперамент смешанный, с сочетанием свойств холерика (взрывчатость) и флегматика (тугоподвижность мышления). В них смешаны черты интровертированности (образование доминирующих идей) и экстравертированности (требование аудитории).

Появление таких личностей отмечается при ряде поворотов истории (в эпоху всесилия инквизиции, якобинской диктатуры, при гражданских войнах). Замечательно представлены такие личности в отечественном фильме «Служили два товарища». Например, комиссар (А. Демидова) кричит незнакомому человеку: «Я вас знаю… я вас видела в штабе белых… вы меня пытали…».

Для людей с паранойяльными акцентуациями и параноидным расстройством личности алкоголизация и наркотизация не характерны: они хотят иметь для своих «здравых» дел трезвый ум. В то же время прием наркотиков может иметь место, если «идея» их касается: например, призыв к познанию с помощью наркотизации смысла жизни.

Шизоидный тип характера и тип акцентуации, шизоидное расстройство личности

При любой степени выраженности главной чертой этих изменений или расстройств является погруженность в себя, в мир внутренних переживаний (аутистичность) и рефлексия – склонность прислушиваться к собственным внутренним ощущениям (телесным или душевным). При разной степени выраженности эти черты обозначаются как сдержанность, замкнутость, недоступность или отчужденность. Помимо постоянного самоанализа, мир шизоида переполнен фантазиями, обычно мрачными и странными. Свои фантазии окружающим такие личности не раскрывают; они обнаруживаются в дневниках, стихах и т. п.

Общение шизоидов с окружающими носит формальный характер, разговоры сухие, «штампованные», ограничиваются необходимыми сообщениями. При длительном разговоре быстро наступает истощаемость. Иногда (при значительной степени выраженности изменений) шизоиды не страдают от одиночества, оправдывая это банальностью окружающего, отсутствием интересных людей. Чаще же шизоиды страдают от неспособности наладить контакты, иногда имеют одного друга, иногда вдруг раскрываются почти незнакомым людям.

С близкими (семьей) они особенно холодны. Шизоиды не способны чувствовать эмоциональное состояние окружающих, сопереживать, у них слабо развита интуиция.

Эмоции шизоидов своеобразны. Характерны внешняя холодность, пониженный фон настроения. Однако внутренний мир их может быть переполнен бурными эмоциями (соответственно фантазиям). Они слабо реагируют на похвалу и критику, обычно не проявляют гнева. Однако при

этом они обладают «мимозоподобной» ранимостью, внутренне весьма чувствительны (сенситивны).

Сексуальная сфера также весьма своеобразна. Фантазии могут носить выраженный сексуальный характер, а внешне проявляется половая холодность. В редких случаях они склонны к половым извращениям (эксбиционизм, педофилия и др.). Семьи заводят не всегда и обычно поздно.

Шизоиды склонны к уединенной деятельности. В то же время они нередко имеют устойчивые и сильные увлечения, не относящиеся к их основной деятельности (изучают экзотические, практически для них бесполезные, языки; заводят редкие коллекции, составляют генеалогическое древо какой-нибудь зарубежной династии), вкладывают всего себя в спортивные занятия, требующие одиночества (велосипед, бег на «сверхдлинные» дистанции). Они тяготеют к философии и религии.

Шизоиды редко занимаются общественной деятельностью, но могут вслух неожиданно протестовать против общепринятых норм и правил, причем протест этот заявляют, не заботясь о собственной безопасности. Могут своеобразно экзотически одеваться, пренебрегая нормами (явиться на званый прием в грязных, рваных джинсах, причем не с целью поразить других, а просто пренебрегая чужим мнением).

В конфликты они вступают редко, только если вторжение в их непонятный окружающим внутренний мир происходит грубо. Предпочитая внутреннее внешнему, они не терпят перемен в обстановке, режиме дня и т. п.

Шизоиды обычно люди с меланхолическим, реже флегматическим темпераментом. Они типичные интроверты и люди «мыслительного» типа. Самооценка их, как и все другое, – противоречива. Обвиняя себя в необщительности, житейской беспомощности, они гордятся своей неординарностью, пренебрежением к правилам. Они – «нонконформисты». Телосложение шизоидов или подчеркнуто астеническое, или диспластическое.

Алкоголизация для шизоидов нехарактерна. Они могут принимать небольшое количество спиртного в период полового созревания для облегчения общения. То же касается наркотиков, психостимуляторов. Иногда шизоиды пробуют редкие экзотические наркотики.

«Он был будто окружен невидимой стеклянной стеной», – говорил друг знаменитого чешско-австрийского писателя Франца Кафки, обладающего шизоидными свойствами личности. «Они не понимают меня, а если понимают, то ошибаются», – отзывался в свою очередь о людях своего окружения писатель. Поразительно четкий образ шизоида дан в фильме «Человек дождя» (США).

Истероидный тип характера, истероидная акцентуация, истерическое расстройство личности

Все эти «заострения» или расстройства совершенно противоположны шизоидным (см. с. 118). Если шизоиды – все внутри, то лица истерического склада обращены вовне, потому что их главная черта – действие напоказ, на публику; жажда признания, стремление поразить окружающих. Этому (независимо от степени выраженности изменения или расстройства) подчинено все: выбор одежды, интонации голоса, содержание речи и пр. Одежда, как правило, эксцентрическая: если что-то модно, стиль одежды доводится до гротеска; жесты утрированы, мимика, телодвижения преувеличенно выразительны; такие люди – типичные позеры. Рассказы о себе лживы и фантастичны (необыкновенные происшествия, похождения в былые дни и т. п.).

Все поведение напоминает игру плохого артиста.

Для привлечения внимания используется все: обмороки, слезы, рассказы о своих «страшных» болезнях. Эмоции такие люди демонстрируют преувеличенно, в то время как истинно глубокие чувства им не свойственны.

Настроение крайне изменчиво и целиком зависит от реакции окружающих. Они часто внушаемы, но перенимают высказывания и поведение других, только когда сами выглядят в выгодном свете. Ими перенимается увлеченность гороскопами, йогой, экстрасенсами; им свойственна чисто внешняя религиозность. В общем, для лиц истерического склада свойственно стремление к лидерству, однако их неискренность и неестественность быстро распознаются. В рабочей обстановке они часто только симулируют кипучую деятельность; предъявляют высокие требования окружающим, манипулируют ими, при этом сами уходят от решения ответственных и неотложных вопросов. Раскрытие «игры» и обмана заставляет их менять сферу деятельности и общения, хотя на какое-то время они могут ввести в заблуждение доверчивых людей.

Для лиц истерического склада болезненно не столько осуждение или ненависть, сколько равнодушие. Естественно, они ненадежны в дружбе или партнерстве и каждое их заявление и уверение нуждается в проверке. Громогласные свободолюбивые или правдолюбивые заявления исчезают, если возникает угроза их собственной безопасности. Конфликты у людей истерического склада возникают легко (при непризнании, разоблачении и пр.), однако они прекращают конфликт, если чувствуют грядущий проигрыш.

В сексуальной сфере сочетаются желание обольстить, рассказы о своей необыкновенной половой способности с отсутствием силы и напряженности в сексуальных отношениях.

Лица истерического склада, независимо от степени выраженности изменений или расстройств, – типичные экстраверты, представители «художественного» типа, холерики. Самооценка у них завышена. Тип телосложения преимущественно астенический.

Для лиц истерического склада в подростковом и юношеском возрасте характерно хвастовство алкоголизацией и наркотизацией (необыкновенные напитки, экзотические наркотики); реальное злоупотребление скромнее. Однако они могут незаметно втягиваться в потребление психоактивных веществ и становиться зависимыми от них.

При выраженных изменениях личности отмечается высокая степень подверженности невротическим срывам. В их структуре могут отмечаться как психопатологические, так и соматические (так называемые «соматоформные») симптомы: истерический плач, смех, слепота, глухота, удушье, желудочно-кишечные дискинезии, нарушения мочеиспускания, расстройства походки, припадки, параличи и многое другое.

Классический пример истерического типа характера: образ Грушницкого из романа М. Ю. Лермонтова «Герой нашего времени» – любование собой в зеркале, страдальческие позы, повышенные интонации, вместе с тем неверность и непорядочность.

Астенические типы характера, акцентуаций, расстройств личности

Рассматриваемые в этом разделе изменения или расстройства зачастую классифицируются отдельно. Однако есть следующие основания их объединить.

А. Все они наблюдаются у лиц меланхолического темперамента.

Б. Все представители этих типов личности, в силу одних и тех же, по сути, причин, являются *вынужденными* интровертами.

В. Всегда наблюдается заниженная самооценка, иногда пониженная в силу объективных причин.

Г. Реакция на болезнь у представителей всех этих типов сходная, а именно это и является основной задачей нашего изложения, а не скрупулезное перечисление разных типов и подтипов.

Тревожный тип характера, тревожно-боязливая акцентуация, тревожное (уклоняющееся) расстройство личности

Главная черта такого рода «заострений» или расстройств – постоянно тревожный фон настроения. Даже если окружающая обстановка благоприятна и безопасна, беспокоящие моменты придумываются, можно сказать, «высасываются из пальца». Тревожные личности постоянно озабочены возможной критикой в свой адрес, отказами и неприятием. Они застенчивы, робки, нерешительны, не умеют дать отпор недоброжелателям, теряются в новом окружении, не любят в нем перемен. Их часто мучают тяжкие предчувствия, особенно касающиеся родных, они чересчур остро переживают неприятные сообщения по TV или в газетах. Такого рода изменения или расстройства чаще наблюдаются у детей и женщин. Последних к тому же мучает ощущение собственной непривлекательности, даже если объективно они миловидны или красивы. Детей с постоянным ощущением тревоги часто мучает страх темноты; они очень боятся одиночества. Они чрезмерно привязаны к родителям, часто просят спать с ними вместе. В школе они избегают возни и драк; боясь учителей и родителей, учатся очень старательно.

Лица с тревожным характером опасаются вступать в новые контакты и делают это лишь когда уверены в одобрении. Это не отгороженность шизоида; при благоприятном окружении тревожные люди общительны и охотно раскрывают свой внутренний мир. Несмотря на представление о своей социальной неспособности, они вполне (в благоприятных обстоятельствах) работоспособны. Однако их трудовая деятельность страдает, если от них требуется инициатива, лидерство, если вокруг них часто меняются люди. Конфликтность им совершенно несвойственна. Они примиряются даже с явными несправедливостями, «лишь бы спокойно».

В тяжелых случаях (при явных аномалиях – личностных расстройствах) они занимаются постоянным самобичеванием, ограничивают свой жизненный уклад, боясь то того, то другого (насмешек, нападений, несчастий и т. п.). Действительные частые неудачи могут иметь следствием суициды.

Впрочем, описаны случаи, когда такие люди в припадке отчаяния проявляли агрессию к реальным обидчикам. В менее выраженных случаях тревожные люди могут скрывать свои качества за внешней развязностью, искусственной веселостью, но это продолжается недолго. Алкоголизация им несвойственна, не говоря о наркотизации, даже курят они редко. Они крайне предрасположены к невротическим расстройствам, депрессиям, психосоматическим заболеваниям.

Как сказано выше, они типичные представители меланхолического темперамента, «вынужденные интроверты», самооценка их низка, иногда объективна, иногда слишком занижена. Тип телосложения может быть различным; атлетическим – редко.

В литературе можно найти массу описаний личностей такого рода. Это и Акакий Акакиевич Башмачкин из повести Н. В. Гоголя «Шинель». Это и герои А. П. Чехова – Червяков («Смерть чиновника») и Беликов («Человек в футляре» – вспомните его: «как бы чего не вышло!»). Правда, все эти произведения носят и социальный подтекст.

Астено-невротический тип акцентуации

Он описан А. Е. Личко. Личностные проявления, причем с детства, сходны с таковыми у тревожно-боязливого типа. Наблюдается пугливость, плаксивость, капризность, ночные страхи,

заикание при волнении. Весьма сходно и сочетание тяготения к сверстникам и быстрый отход от них, и в результате также вынужденная интровертированность и абсолютное или относительное одиночество. Как и лицам тревожно-боязливого типа, им совершенно несвойственны алкоголизация, наркотизация, вовлечение в криминогенное окружение.

Отличительные черты этого типа личности:

А. Легкая утомляемость, особенно при умственной работе или при той или иной ситуации соревнования. Утомляемостью от людей объясняется частично и их неконтактность.

Б. Выраженная ипохондричность, т. е. тревожность у них направляется вовнутрь, на собственное тело, что обусловливает постоянные опасения за здоровье, частое пребывание в постели в детстве и на больничном листе в зрелом возрасте. Самооценка, вследствие ипохондричности, заниженная; уровень притязаний невысок.

Зависимый тип характера и зависимое расстройство личности

Зависимых личностей можно рассматривать как еще более тревожных. Если лица тревожно-боязливого типа постоянно полны страхами, но жизнь все-таки ведут самостоятельную, то зависимые личности, также полные страхов, перекладывают все, их касающееся, на других, «растворяются» в ком-то и тогда успокаиваются, в том числе и потому, что их собственные неудачи можно приписать людям, которых они выбирают в покровители.

Они перекладывают на других важные ответственные решения, сами, сознательно или бессознательно, проявляя безынициативность и пассивность. Они чрезмерно податливы, а в выраженных случаях подчиняют кому-то другому все свои потребности. Самое страшное для них – остаться в одиночестве хотя бы на короткое время; их с детства мучают опасения быть покинутыми. Если какие-то действия все же приходится предпринимать, они не могут сделать этого без многочисленных советов и одобрений (обычно от покровителя или от покровителей). В выраженных случаях они даже боятся высказывать собственное мнение.

В литературе есть замечательный пример личности подобного рода.

Это Душечка из одноименного рассказа А. П. Чехова.

Эмотивный (эмоцентрический) тип акцентуации

Этот тип выделен К. Леонгардом и Г. Шмишеком. Роднит его с тревожно-боязливым типом повышенная эмоциональная чувствительность (сенситивность). Эмоции вообще доминируют в поведении. Любое событие, то ли касающееся их лично, то ли не имеющее непосредственного отношения к ним, переживается чрезвычайно глубоко и длительно; отмечается повышенная ранимость, обидчивость в ответ на замечания и порицания. Подобно людям тревожно-боязливого или астено-невротического типов, они избегают широкого общения, однако не в силу боязни неприятия, а вследствие нетерпимости к грубости и пошлости. По той же причине они избегают конфликтов, чураются компаний, где принята обильная алкоголизация или наркотизация.

Лиц эмотивного типа отличает повышенное чувство долга, способность к эмпатии – состраданию и сопереживанию. Они всегда готовы простить и могут проявить ту или иную степень самопожертвования. Это – прекрасный тип медработника.

Такие типы при любой степени выраженности расстройств напоминают тревожных личностей. Однако они истинные интроверты, представители «мыслительного» типа, и их тревожность и внутреннее беспокойство сказываются, в основном, на характере мыслительной и волевой

деятельности. Для них более типично не внутреннее беспокойство, а прежде всего – неуверенность и нерешительность.

Для них с детства тоже характерны робость, застенчивость, пугливость, преувеличенные опасения за судьбу близких, боязнь одиночества. Однако к этому присоединяется повышенная склонность к рассуждательству, склонность находиться в кругу взрослых. Уже в детстве они могут испытывать всякого рода страхи (например, замкнутых пространств) и несвойственные детям опасения за свое здоровье (ипохондричность), и преувеличенную осторожность.

В силу всех этих особенностей, в подростковом и юношеском возрасте им несвойственны алкоголизация, наркотизация, вовлечение в криминогенную среду.

Особенно резко обсессивно-компульсивные проявления обозначаются в зрелом возрасте. Защитой от постоянных внутренних сомнений и колебаний становится крайний педантизм. Они никогда не удовлетворяются сделанным, по многу раз перепроверяют и переделывают мельчайшие детали полученных заданий, неохотно и вынужденно ставят свою подпись под сделанным (стремление к совершенству, препятствующее решению задач, носит название «перфекционизм»). Они слывут добросовестными и часто любимы подчиненными за то, что в силу неуверенности переделывают за них работу. По той же причине тревожной неуверенности они требуют, чтобы все работали в их стиле, и проявляют при этом недюжинное упрямство. Необходимость ответственности – их главный враг с детства (например, когда им поручают уход за младшими детьми).

Навязчивые воспоминания, мысли, сомнения и прочие обсессивно-компульсивные расстройства (подробно рассматриваемые в курсе психиатрии) развиваются в выраженных случаях. Их возникновению способствует нерациональное умственное напряжение с постоянными сомнениями и колебаниями, особенно если им ошибочно поручают руководящую должность, что быстро ведет к переутомлению. По сути дела, они при большой выраженности расстройств нуждаются в постоянном наблюдении психоневролога или психотерапевта.

Нерешительность, ритуальный тип жизни, отсутствие в ней динамизма, чрезмерная осторожность неизбежно приводят к жизненным ограничениям: однообразию жизни, ограничению круга общения.

Неуверенность приводит к тому, что, опасаясь непредвиденных событий, они придумывают себе «приметы», «запреты», «ритуалы» – садятся только в определенный вид транспорта, в определенный вагон метро; высчитывают необходимое время прохода по лестнице или к остановке транспорта; на свидания, к отправлению или прибытию поезда или самолета они приходят заблаговременно, на 1 – 2 ч раньше.

Навязчивые мысли могут выражаться в складывании номеров домов или проезжающих мимо автомобилей; навязчивые воспоминания – в перечислении каких-то дат или воспроизведении тех или иных мелодий; навязчивые сомнения – в неуверенности, закрыта ли дверь, выключены ли газ, свет и т. п.; навязчивые действия в том, что они переступают дверь с какой-то одной ноги; навязчивые влечения – в желании оскорбить или ударить кого-то, особенно близких, что тяжело переживается.

Эмоционально неустойчивые типы характера, акцентуаций, расстройств личности

Ряд их разновидностей нередко классифицируется отдельно.

Общим является преобладание холерического темперамента, экстравертированности, весьма нередко склонности к алкоголизации, иногда к употреблению наркотиков, иногда к криминогенности. Не исключена и конфликтность.

Возбудимый тип

Главные черты: раздражительность, гневливость, несдержанность, агрессивность; тенденция действовать импульсивно, без учета последствий; слабость самоконтроля, вплоть до полной его невозможности. Такие личности зачастую нетерпимы к противоречию и самостоятельности других, бывают деспотами в семье, способны «поднять руку» на близких. Склонны к хамству, нецензурной брани. О своих поступках могут в дальнейшем высказывать сожаление, но это имеет место далеко не всегда; скорее осуждение окружающими провоцирует насилие. Планирование собственных действий затруднено.

В то же время возбудимым типам личности нередко свойственны деловитость, энергия, предприимчивость, однако им необходима работа в относительном одиночестве. Они бывают безудержны в увлечениях, но легко срываются в ситуациях обвинения и противоречия. Тогда активно затевают конфликты и от активной деятельности они отходят. Уровень притязаний у них нередко высокий и самооценка завышена. В состоянии гнева они алкоголизируются, причем нередко и на большой срок. В эти периоды случаются и приемы наркотиков. Из всего вышеизложенного ясно, что они склонны к правонарушениям. Личности такого рода подвержены психосоматическим заболеваниям и невротическим расстройствам.

Эмоционально-лабильный (лабильный, аффективно-экзальтированный) тип

Главные черты: крайняя изменчивость настроения, быстрый переход от «мировой скорби» к «безоблачному счастью»; быстрое возникновение гнева (без агрессии) или слез, сменяющихся радостным экстазом. От преобладающего в данный момент настроения зависит все: физическое самочувствие, работоспособность, сон, аппетит, оценка окружающей политической и экономической ситуации, которая предстает для них то в радужных, то в серых тонах. Настроение способно изменить все: брошенное походя нелестное слово, взгляд искоса, допущенная ими небрежность в одежде. Они крайне чувствительны как к упрекам, так и к похвале.

На лидерство не претендуют, самооценка обычно объективна, а уровень притязаний невысокий, хотя они способны работать «на износ» и не любят ограничений инструкциями и монотонность. Способны к глубоким чувствам и преданной дружбе. Психические травмы переносят тяжело, легко дают невротические срывы, склонны к возникновению психосоматических состояний. Алкоголизация, наркотизация, криминогенность им мало свойственны.

Циклоидный тип

Главные черты: появление полярных по знаку перепадов настроения, длящихся от нескольких дней, вплоть до нескольких месяцев При выраженных проявлениях ранее такого рода личностям ставился диагноз: «циклотимия» (легкая форма маниакально-депрессивного психоза).

В периоды подъема такого рода люди могут быть веселы, предприимчивы, повышенно-подвижны, допускают рискованные шутки, утрачивают чувство дистанции; нередко в это время алкоголизируются или принимают наркотики. Могут совершать легкомысленные поступки на грани законности. Самооценка в это время завышена.

В периоды спада они малообщительны, жалуются на упадок сил, чувствительны к малозначащим неприятностям и переменам в окружении. В это время какие-либо замечания, обвинения, неудачи могут приводить к мыслям о собственной малоценности, никчемности, ненужности и даже к суицидным мыслям.

Эпилептоидные (педантичные, ригидные) типы характеров, акцентуаций, расстройств личности

Все рассматриваемые типы роднит с «возбудимым типом» – неуправляемость аффекта, при этом отличием является «спонтанное» его возникновение – без явного внешнего повода или по незначительному поводу. Кроме того, аффективная неуправляемость при описании эпилептоидных типов ставится на второе место после психической инертности.

В МКБ-10 эпилептоидные расстройства личности сейчас не предусмотрены, однако их черты прослеживаются в «пограничном» варианте возбудимого типа. Следует еще отметить, что личностные черты эпилептоидного типа весьма сходны с характерологическими изменениями при эпилепсии; по сути, это – эпилепсия без припадков (*epilepsia sine epilepsia*). Такое заболевание рассматривалось психиатрами XIX – XX вв.

Итак, главной чертой личностей эпилептоидного типа является инертность психических процессов – тугоподвижность мышления, замедленность действий, неумение в работе отличать главное от второстепенного, повышенное внимание к деталям. Эмоции их также инертны и застойны; еще в детском возрасте обращает внимание чрезмерно длительный плач; во взрослом состоянии инертность эмоций выражается в злопамятности, частых воспоминаниях о бывших неприятных для них ситуациях, даже мелочных. В работе они слывут «буквоедами», «занудами», «придирами», лишний раз перепроверяют себя и других, однако не в силу тревожности и неуверенности, как представители обсессивно-компульсивного типа (см. с. 125), а в силу именно психической инертности. Посетителей или подчиненных они могут мучить ненужными мелочными требованиями, увязая в деталях.

Личностей эпилептоидного типа отличает в то же время аккуратность, организованность; они обязательны, свои обещания добросовестно выполняют. Наилучшим образом работоспособность их проявляется, когда нужно действовать по инструкциям и регламентациям, спущенным сверху, и если они работают в стабильном окружении. Неблагоприятными рабочими ситуациями для них являются вынужденные самостоятельные и нестандартные решения и неопределенность общей обстановки.

В домашних условиях они также аккуратны, хозяйственны, бережливы (эти «недетские» черты обнаруживаются в раннем возрасте), однако изводят домашних постоянным требованием порядка и чистоты и особенно тем, чтобы все предметы находились на одних и тех же местах. Им свойственно повышенное внимание к своему здоровью.

Эпилептоидных личностей нельзя рассматривать как скопище одних отрицательных черт; приводимые А. Е. Личко данные о мучительстве ими домашних животных, младших или более слабых детей, об угодничестве перед начальством, о наслаждении от самоповреждений, садизме, мазохизме или мелочной ревности в сексуальных отношениях совсем не обязательны; все это наблюдается лишь в выраженных случаях.

Вторая отличительная черта личностей эпилептоидного типа – возникновение бурных, неуправляемых аффектов тоски и/или злобы (что, казалось бы, контрастирует с их медлительностью и тугоподвижностью). Следует отметить, что некоторые «эпилептоиды» отличаются как раз ровным невозмутимым настроением; в ряде случаев аффекты могут провоцироваться окружающими: при игнорировании присущей этим лицам аккуратности, при нетерпеливости по поводу их медлительности. Однако в выраженных случаях бурные аффекты с агрессией, когда «эпилептоид» ищет, на ком бы сорвать злобу, «выпустить пар» и находит для этого пустяшные поводы, действительно имеют место.

Тяжело, с агрессией протекает у них и алкогольное опьянение; в периоды накопления тоски или злобы они пьют долго и помногу, предпочитая крепкие напитки. Наркотизация им несвойственна, учитывая

повышенную заботу о здоровье. Повышенная конфликтность и тяжелый характер опьянения нередко приводят их к противоречию с законностью. К возникновению невротических реакций и психосоматических состояний они предрасположены относительно мало.

Типичный темперамент «эпилептоида» трудно определить – это своеобразное сочетание флегматических и холерических черт. Они скорее интроверты, чем экстраверты. Уровень притязаний у них разный: бывает, что они ограничиваются малопрестижной спокойной работой, однако нередко стремятся к лидерству. Самооценка их завышена. Они склонны подчеркивать свою аккуратность, обязательность, бережливость и т. п., но не замечают при этом своих отрицательных черт. Телосложение их чаще атлетическое: развитая мускулатура, широкие плечи, большие кисти и стопы, тяжелые, грубо вылепленные черты лица.

Конформный тип характера и акцентуации

Этот тип заострения личностных особенностей описан А. Е. Личко, и, по его же данным, он является наиболее распространенным; вот почему мы не можем найти его в классификации расстройств личности – тогда бы аномалия заслонила норму.

Это – люди среды, иногда люди толпы. Их правило: «думать как все», «поступать как все», «чтоб было все, как у людей». Это «как все» распространяется и на одежду, и на домашние обстановку и режим, и на характер приобретений, и на мировоззрение и убеждения. Они некритичны, целиком зависят от мнения своего окружения и часто принимают за совершенную истину все, что им преподносят по каналам информации. Даже в выборе профессии и увлечений они руководствуются мнением большинства.

В жизни они предпочитают «не высовываться», стараются не отстать от своей микросреды, но и не забегать вперед. Уровень притязаний их невысок, и они никогда не стремятся к лидерству.

Таким образом, инертность, стереотипность поведения приближает их к «эпилептоидам», хотя им могут быть несвойственны тугоподвижность мышления и замедленность действий, а руководство мнением большинства – к зависимым личностям, хотя они не испытывают постоянных тревог и страхов и не отличаются робостью и чувствительностью.

В хорошем окружении они могут быть прекрасными работниками, ценными исполнителями. В дурной среде они, «как все», могут алкоголизироваться, наркотизироваться и допускать правонарушения.

Их уязвимым местом является неприятие нового, отсюда отрицательное отношение к «чужакам» – новичкам, людям иной социальной среды, национальности, расы, религии; к носителям иных манер в одежде, способе питания и т. д. Особенно болезненна для них полная смена привычного окружения или неожиданное отвержение «своими». Подобное приводит к развитию у них невротических реакций.

Неустойчивый тип акцентуации и диссоциальное расстройство личности

Под этими двумя несхожими названиями описываются, тем не менее, сходные состояния, отличающиеся лишь степенью выраженности. Наиболее тщательно черты «неустойчивого типа» выписаны А. Е. Личко, который и приводит предпосылки, приводящие к формированию «диссоциального расстройства личности». Следует отметить, что описания А. Е. Личко в основном касаются особенностей детей, подростков и юношей, и меньше – зрелого возраста. Предваряя излагаемое нами ниже, укажем, что раннее вовлечение такого типа личностей в тяжелую алкоголизацию, наркотизацию, в криминальные круги приводит к резкому сокращению периода их зрелой жизни, а нередко этот период и не достига ется.

Две главные черты вышеназванных изменений и расстройств: негативистичное отношение к общественным установлениям, порядкам и законам и установка на легко достижимые удовольствия.

Такие личности уже с детства обращают на себя внимание непослушанием в сочетании с повышенной подвижностью и, что немаловажно, трусливостью.

Далее они обнаруживают негативное отношение к необходимости учиться, убегают с занятий, нехотя, но подчиняются требованиям преподавателей и родителей. Нередко случаются у них и побеги из дома. К близким людям, семье они не обнаруживают ни любви, ни даже симпатии, не способны проникнуться их переживаниями, никогда не испытывают чувства вины. Постепенно они начинают рассматривать родителей лишь как источник денежных поступлений.

Как в школе, так и в трудовой обстановке они работают нехотя, по необходимости, никогда не ставят перед собой значимых целей. В то же время (как продолжение детской трусливости) жесткому контролю они подчиняются. В собственных проступках они склонны винить окружающих, лгать, находить благовидные предлоги.

Жажда легких развлечений сопровождает их с подросткового возраста: они присоединяются к уличным компаниям, проводят время в бесцельном шатании по улицам, в легких «тусовочных» разговорах, с удовольствием воспринимают азартные игры, покуривание, алкоголизацию (все более крепкими напитками, а при отсутствии денег – суррогатами алкоголя); они без всякой критики принимают предложение принять или «кольнуться» наркотиком, переходя с так называемых «легких» наркотиков на все более «тяжелые» (например, героин). Они с восторгом вместе с компанией совершают хулиганские поступки, мелкое воровство; любят угонять автомобили или мотоциклы, с тем только чтобы покататься. Все это потом при соответствующем «направлении» может смениться более тяжелыми правонарушениями.

Половую жизнь начинают рано. В отношениях с партнерами выступает лишь плотское начало, без духовности и романтизма.

В компаниях они занимают подчиненное положение. С трудом переносят одиночество, хотя к глубокой и длительной дружбе не способны, предпочитают легкие поверхностные контакты. Они с раздражением воспринимают невозможность сразу получить желаемое (то есть неустойчивы к фрустрации, см. гл. 1); могут проявить при этом агрессию.

Тяга к легкому и быстро достижимому, нежелание занять себя самому имеет закономерным следствием и неумение выработать собственное мировоззрение, легкую подверженность чужим влияниям. Они никогда не извлекают выводов из собственного опыта; живут настоящим, «сиюминутным». К собственному будущему равнодушны.

Темперамент их – сплав холерического и меланхолического. Они – экстраверты. Уровень притязаний их низок, в то время как самооценка может быть завышенной из-за отсутствия самокритичности.

Гипертимический и дистимический типы акцентуаций

В античный период эмоции считались происходящими из зобной железы (*thymus*). Отсюда термин «гипертимия» означает повышенное настроение, а «дистимия» – преходящее расстройство настроения без видимой причины.

Оба этих варианта личности можно представить как фазы изменений настроения у ранее уже описанного «циклоидного типа», однако протекающие отдельно и имеющие место постоянно.

Гипертимический тип выделяется в отдельную форму более постоянно и, согласно А. Е. Личко, является одним из наиболее распространенных.

Расстройств личности (аномалий, психопатий), соответствующих вышеуказанным акцентуациям, в настоящее время не выделяют.

Гипертимический тип

Главные черты: постоянно повышенное (приподнятое) настроение, веселость, энергия, разговорчивость, общительность, быстрота мышления и действий, уверенность в себе, самостоятельность. Легко накапливают знания, нередко эрудиты. Отличаются почти всегда хорошим самочувствием, сном, аппетитом. В то же время во всем поверхностны.

С детства для них характерны шумливость, озорство, чрезмерная самостоятельность, отсутствие чувства дистанции по отношению к взрослым – воспитателям и преподавателям; недисциплинированность. Несмотря на «живой ум» и способность все «хватать на лету», они любимы редко. Не переносят «гиперопеки».

В зрелом возрасте все эти черты сохраняются и находят соответствующее преломление в предпочтении характера работы, общения, увлечений. Для них характерно острое чувство нового. Они стремятся к лидерству, однако избегают глубоко продуманных ответственных решений, предпочитая множественные оперативные, но поверхностные. Это – люди «общественной работы»; нередко представлены среди политиков не самого высокого уровня. Любят работу только высокого темпа, но не спокойный анализ в одиночестве, в однообразной обстановке. Стремясь к лидерству, они с раздражением воспринимают противоречия, попытки подавить их бурную энергию или подчинить их себе. В таких случаях возможны конфликты, однако, если именно они их инициируют, конфликты легко разрешаются, потому что представители гипертимического типа отходчивы, склонны к прощению, и бывшие их недруги легко становятся друзьями. В то же время они при конфликте нередко меняют места работы.

Они всегда стремятся к общению, особенно к новым людям, нередко меняют компании и приятелей. В выборе друзей неразборчивы, контакты носят поверхностный характер.

Увлечения свои они тоже быстро меняют; склонны к азартным играм, авантюрам, риску. В таких случаях они легко переступают грань дозволенного законом и умело изворачиваются. Они могут быть необязательными; неаккуратны в денежных вопросах, залезают в долги. При выраженных личностных изменениях они охотно и часто алкоголизируются, проявляют интерес к наркотикам, руководствуясь при этом принципами: «что будет, то и будет», «где наша не пропадала» и т. п. Среди тяжелых наркоманов такие преморбидные типы весьма часты (хотя их меньше, чем «неустойчивых личностей»).

Половую жизнь начинают рано, партнеров выбирают без разбора, случайно, рискуя заболеть СПИДом.

Неудачи они переносят с раздражением, но без выраженных срывов. Легко восстанавливаются в новой ситуации и продолжают видеть свое будущее лишь в радужных красках. Они устойчивы к фрустрации и совершенно не предрасположены к невротическим расстройствам или психосоматическим состояниям.

«Гипертимы» – яркие представители сангвинического темперамента и пикнического телосложения. Экстраверты. Уровень притязаний часто высок, а самооценка редко объективна, чаще завышена. Их заверения всегда нуждаются в проверке.

В отечественной литературе есть прекрасные описания таких типов. Это гоголевские – Хлестаков и Ноздрев.

Дистимический тип

Главные черты: непроходящая тихая грусть, печаль, уныние, но не до степени выраженности тоски. Далее – пессимизм в оценке себя и окружающей обстановки, которую они апатично никогда не пытаются изменить. Такие индивидуумы мало общительны, они тяготятся шумным обществом, имеют немного друзей, но им глубоко преданы. Как правило, немногословны. Их отличает серьезность, добросовестность, чувство справедливости, хотя в конфликты они вступают редко и их участие в них пассивное.

Представители дистимического типа предпочитают работу неспешного темпа, без необходимости быстрых решений в изменяющейся обстановке. Они способны к глубокому анализу, нередко посвящают себя творчеству.

Не следует путать представителей дистимического типа с тревожными, зависимыми, астеноневротическими личностями. Робость, чувствительность, постоянные переживания тревоги и страха им несвойственны.

Дистимические личности (как и «гипертимы») чаще люди пикнического телосложения. Темперамент их меланхолический, уровень притязаний невысок, а самооценка явно занижена, и их заявления также следует проверять.

В отечественной литературе есть прекрасные художественные описания этого типа. Это Печорин («Герой нашего времени» М. Ю. Лермонтова; дистимические черты были присущи и самому автору). Кроме того, это Максудов, главный герой «Театрального романа» М. А. Булгакова.

Смешанные типы

Они предусматриваются как для акцентуаций, так и для расстройств личности (что отражено в МКБ-10).

Можно утверждать, что большинство из нас представляют собой смешанные типы характеров и акцентуаций. «Чистые» виды на практике редки, утрированы, несколько искусственны и зачастую производят неприятное впечатление. Ведущие ученые, изучающие варианты характера и акцентуаций, К. Леонгард и Г. Шмишек, при обработке результатов предложенного им теста для определения акцентуаций, считают необходимым изучить выраженность *всех* возможных форм и выделить нескольких ведущих акцентуаций (цит. по: Елисеев О. П.).

Очевидно (что отмечает А. Е. Личко), не всякие сочетания акцентуаций возможны. Так, нелепо предполагать сочетание шизоидных и истероидных черт, так как личность шизоида целиком обращена вовнутрь, а истероида – вовне, напоказ. Также нелепо было бы говорить о сочетании эпилептоидных и тревожных черт (то есть о педантичности, обстоятельности с тенденцией к взрывным аффектам гнева на фоне постоянной тревоги).

А. Е. Личко делит смешанные типы на две разновидности:

1. *Промежуточные*, обусловленные генетическими факторами. Таковы сочетания различных подтипов астенической акцентуации (тревожной, зависимой, обсессивно-компульсивной, астено-невротической) или же сочетание шизоидной акцентуации с тревожно-боязливой. Самой частой из промежуточных акцентуаций является истероэпилептоидная.

2. *Амальгамные*, обусловленные «наслоением»22**22**
Амальгама и понимается как наслоение, или нанесение (например, в стоматологии).

[Закрыть] черт одного типа на другой в результате воздействия внешних факторов, особенно ошибок воспитания. Так, «уличное» воспитание в неблагополучных семьях приводит к наслоению черт «неустойчивой акцентуации» на другие: шизоидную, эпилептоидную, истероидную, комформную. При воспитании в сверхжестких, жестоких условиях на большинство вышеописанных акцентуаций накладываются эпилептоидные черты.

Наиболее неблагоприятным в социальном плане является сочетание эпилептоидной и неустойчивой акцентуаций: сочетание взрывов гнева с пренебрежением к социальным нормам.

Несколько слов о методах определения типа личности и характера. Большинство из них относится к весьма трудоемким, требующим сложной обработки, которая может осуществляться только психологом. Все же один из относительно простых тестов (Леонгарда) приводится в Приложении 6, в частности, с целью самопознания студентов, понимания возможных положительных и отрицательных ситуаций в будущей работе для типа, который они представляют.

Темы для рефератов, дискуссий и семинаров, по материалам главы 4

Рефераты:

1. Темпераменты моих знакомых (с примерами проявлений; анонимно).

2. Экстраверты, интроверты, художественные и мыслительные типы в моем окружении (анонимно, но с живыми примерами).

3. Влияние воспитания на самооценку и последствия (с примерами).

4. Соответствуют ли, по моим наблюдениям, типы телосложения характерам?

5. Личность моего знакомого (или литературного героя, или исторического персонажа; с доказательными примерами). 6. Какого типа личности мне нравятся и какого нет, почему?

Дискуссия (или ролевая игра):

Выбор мною медицинской профессии (типа занятий), исходя из особенности моей личности.

Тема для семинара (или практического занятия):

Само- и взаимотестирование по методикам, приведенным в гл. 4 (в том числе в Приложении 6).

Глава 5
ДЕВИАНТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ
(основные положения)

Девиация (от англ. *deviation*) – отклонение.

Под *девиантным* (*аномальным, отклоняющимся* поведением подразумеваются поступки, противоречащие принятым в обществе нормам; возникающие вследствие несбалансированности

психических процессов индивидуума, его неспособности к адаптации и самореализации в обществе; вследствие утраты контроля над собственным поведением.

Мы несколько упростили для учебных целей (сохраняя смысл) определение В. Д. Менделевича (2002, 2003), работы которого по психологии девиантного поведения широко известны.

Уже из этого определения видно, что девиантное поведение органически входит в структуру рассматриваемых нами в главе 4 расстройств: личности и характера. Ряд проявлений девиантного поведения наблюдается у душевнобольных и лиц, зависимых от психоактивных средств (алкоголь, наркотики, токсические вещества).

Если в психиатрии и наркологии при описании каждой нозологической единицы (в том числе расстройств личности) приводится перечень характерных для них симптомов, в том числе относящихся к девиантному поведению, то при описании психологии девиантного поведения приводятся характерные аномальные поступки, которые соотносятся с несколькими нозологическими единицами Но если психология девиантного поведения рассматривает поступки (или системы поступков), характерные для индивидуумов с расстройствами личности и душевнобольных (в том числе наркоманов), а психиатрия и наркология входят в учебные программы средних медицинских учебных заведений, то не осуществляется ли здесь дублирование материала и, с другой стороны, приводя оба названных выше способа описания («от болезни к симптомам и от симптома к болезням»), не рискуем ли мы запутать студента? Однако считаем, что основные положения психологии девиантного поведения студенты должны знать, и особенно в условиях постепенно внедряющегося «сестринского процесса». Действительно, медсестра должна осуществлять дифференцированный подход к пациентам, склонным к агрессии, аутоагрессии; с расстройствами пищевого поведения; с нарушением коммуникативности (общения) и другими проявлениями девиантного поведения. Лучше, когда основные проблемы пациента (или сестринские диагнозы) будут дополнены проявлениями «девиантности». Все это дает медсестре более подробную информацию о пациенте.

Психология девиантного поведения – один из наиболее сложных разделов медицинской, или клинической, психологии. В монографиях В. Д. Менделевича и других литературных источниках приводится подробный и тонкий психологический анализ возникновения девиантных проявлений.

Психология рассматривает *пять вариантов* взаимодействия индивида с реальностью:

1) приспособление;

2) борьба (противодействие);

3) болезненное противостояние;

4) уход от реальности;

5) игнорирование реальности.

Первый из вариантов характерен для гармоничной личности (то есть для индивидуумов без расстройств личности, тем более без признаков душевной болезни, и даже при отсутствии выраженных личностных акцентуаций). В условиях четырех других вариантов взаимодействия с реальностью у индивидуумов могут проявляться признаки девиантного поведения.

Однако необходимо указать, что борьба с реальностью, уход и игнорирование реальности далеко не всегда возникают вследствие каких-то характерологических особенностей или душевных расстройств индивидуума. Весьма нередко эти реакции возникают при определенных

особенностях макросреды (например, в условиях тоталитарного режима) или микросреды (например, в условиях неблагоприятной семейной или рабочей ситуации). В таких случаях в коррекции нуждается среда, а не поведение взаимодействующего с ней индивидуума.

Различают **типы** и **клинические формы** девиантного поведения.

Типы девиантного поведения следующие:

А. Делинквентное От фр. *delinquant* – правонарушитель.поведение (преступное, криминальное, в крайних проявлениях уголовно наказуемое).

Б. Аддиктивное От англ. *addiction* – зависимость. поведение (искусственное изменение своего психического состояния с помощью химических веществ или определенных видов деятельности).

В. Патохарактерологическое поведение (обусловленное расстройствами личности или выраженными личностными акцентуациями) (см. гл. 4).

Г. Психопатологическое поведение (обусловленное душевной болезнью).

Д. Поведение на базе гиперспособностей (одаренности, таланта, гениальности) в какой-либо из областей деятельности.

Под *делинквентным поведением* обычно понимается склонность не к опасным преступлениям, а к проступкам, общественную опасность которых субъект не представляет и результаты которых он не в состоянии предвидеть (звонки в милицию о якобы где-то заложенных взрывных устройствах, швыряние камнями в поезд, кражи из озорства и т. п.). Делинквентное поведение характерно для подростков, а нарушение взаимоотношения с реальностью относится к противодействию.

Аддиктивное поведение не всегда соотносится с вышеуказанными формами взаимодействия индивида со средой и может не относиться к девиантным проявлениям. Огромное распространение алкоголизма и наркомании в нашей стране во многом объясняется традициями, заложенными с детства, вовлечением и подражанием. Однако склонность к употреблению психоактивных веществ, включая алкоголь, или увлеченность азартными играми нередко объясняются противодействием действительности («серой», «обывательской»), давлением среды (тяжелыми условиями существования) или чувством неполноценности. Аддиктивное поведение в таких случаях возникает как форма ухода отреальности; скрытое противодействие ей. Как делинквентное поведение, так и аддиктивное может возникать у личностей с определенными акцентуациями или аномалиями (неустойчивых, зависимых, гипертимных и др.) (см. гл. 4).

Патохарактерологическое поведение возникает преимущественно у индивидов с расстройствами личности: возбудимых, склонных к агрессии и аутоагрессии; у параноидных, склонных к образованию сверхценных идей; у шизоидных или тревожных, избегающих широкого общения с людьми; у обсессивно-компульсивных личностей, жизнь которых состоит из выполнения ритуалов, следования приметам и т. п. Взаимоотношения с реальностью приобретают форму противостояния или ухода.

Например, противостояния у паранойяльных личностей при неудовлетворении их завышенного уровня притязаний или непризнании их «идей»; и ухода от реальности – у тревожных личностей из-за опасения их неприятия людьми.

Психопатологическое поведение, свойственное душевнобольным, может выражаться: в виде агрессии, обусловленной наплывом галлюцинаций или бредовыми идеями преследования; или

аутоагрессии, вследствие тяжелой депрессии; или аутизма (отгороженности от реальности) при шизофреническом процессе. Этот тип девиантного поведения здесь не рассматривается, чтобы не дублировать курс психиатрии (в котором изучаются особенности сестринского процесса при тех или иных душевных болезнях и расстройствах поведения душевнобольных). Взаимоотношение душевнобольных с реальностью относится к болезненному противостоянию с ней.

Наконец, при *девиантном поведении на базе гиперспособностей* индивидуум, обладающий таковыми, нередко настолько занят их реализацией, настолько рассматривает окружающее как малосущественное, настолько не приспособлен к бытовой стороне жизни, что живет в собственной реальности, игнорируя реальность истинную.

Однако не следует думать, что гениальность обязательно приводит к девиантному поведению (скорее, это одна из возможностей). Создатели научных школ, ученые-публицисты (Менделеев, Павлов, Пастер, Резерфорд и др.) были вполне гармоничными личностями, вполне приспособленными к реальности. Многие ученые совмещают научный труд с общественной и политической деятельностью (Алферов, Пиотровский и др.).

Вышесказанное представлено в табл. 5.1.

Таблица 5.1

Тип девиантного поведения и тип взаимодействия с реальностью

Тип девиантного поведения	Тип взаимодействия с реальностью
Делинквентный	Противостояние (борьба)
Аддиктивный	Уход
Патохарактерологическое	Противостояние, уход
Психопатологическое	Болезненное противостояние
На базе гиперспособностей	Игнорирование, приспособление

Наибольший практический интерес для будущего и действующего медработника среднего звена представляют возможные клинические *формы* девиантного поведения

В дальнейшем будем рассматривать отдельные клинические формы девиантного поведения, не соблюдая вышеприведенный порядок их перечисления и делая упор на практическую значимость для медсестры их разнообразных проявлений.

1. Агрессия.

2. Аутоагрессия (суицидальное поведение).

3. Злоупотребление психоактивными веществами (алкоголь, наркотики, табак и др.).

4. Нарушения пищевого поведения.

5. Аномалии сексуального поведения.

6. Сверхценные психологические увлечения.

7. Сверхценные психопатологические увлечения.

8. Характерологические и патохарактерологические реакции.

9. Коммуникативные девиации (изменения общения).

10. Безнравственное и аморальное поведение.

11. Неэстетичное поведение.

Соотношение типов и клинических форм девиантного поведения представлено в табл. 5.2 (Менделевич, 2002).

Таблица 5.2

Частота представленности клинических форм девиантного поведения при различных его типах

Типы / Формы	Делинквентный	Аддиктивный	Патохарактерологический	Психопатологический	На базе гиперспособностей
Агрессия	***	*	****	**	—
Аутоагрессия	—	*	****	**	—
Злоупотребление психоактивными веществами	—	****	***	**	*
Нарушение пищевого поведения	—	*	***	**	—
Аномалии сексуального поведения	*	**	****	***	*
Сверхценные психологические увлечения	—	**	***	—	***
Сверхценные психопатологические увлечения	—	—	***	****	—
Характерологические реакции	*	*	****	**	*
Коммуникативные девиации	*	**	***	***	*
Безнравственное и аморальное поведение	****	*	*	*	—
Неэстетичное поведение	*	—	***	**	**

**** Данная форма *всегда или почти всегда* обусловлена данным типом девиантного поведения; ****часто*; ***иногда*; **редко*.

Нарушения пищевого поведения: «нервная анорексия» – отказ от пищи с целью преднамеренного снижения веса и «нервная булимия» – приступы переедания, чаще всего сочетающаяся с анорексией, подробно рассматриваются в курсе психиатрии. Нервные анорексия и булимия могут быть проявлением подсознательной реакции на неблагополучие в семье или разочарования в близких; могут быть следствием фанатизма, истерических особенностей личности – действия «напоказ» и весьма часто могут быть манифестным проявлением шизофрении. При этом же заболевании, как и при умственной отсталости (олигофрении), может наблюдаться стремление к поеданию несъедобных предметов. Сестринский процесс при нервной

анорексии и булимии, шизофрении и олигофрении подробно описан в учебнике по психиатрии (Спринц [и др.], 2002). Все они представляют не личностные реакции на болезнь, а саму болезнь.

Злоупотребление психоактивными веществами – предмет наркологии. Злоупотребление алкоголем, токсическими веществами, наркотиками, табаком и наступающая в большинстве случаев после этого психическая и физическая зависимость от этих химических соединений с большим приближением могут быть отнесены к девиантному поведению, учитывая огромный и усиливающийся размах их потребления (что за «девиация» от нормы, которая по размеру приближается к норме?). В то же время злоупотребление психоактивными веществами весьма нередко сочетается с другими клиническими формами девиантного поведения. Различают следующие мотивации такого злоупотребления.

А. Атарактическая мотивация (достижение успокаивающего эффекта). Как правило, в этих случаях речь идет о злоупотреблении лекарствами, особенно транквилизаторами, реже – алкоголем, но не наркотиками, стимуляторами или галлюциногенами. Этот феномен весьма характерен для лиц среднего и пожилого возраста и сочетается с их патохарактерологическими особенностями: тревожностью, боязливостью, мнительностью; наблюдается при эмоционально неустойчивом, зависимом, обсессивно-компульсивном типах акцентуаций. Применением седативных средств или алкоголя индивидуум стремиться приспособиться к реальности. Злоупотребление пациентом лекарствами и алкоголем (часто скрываемое) создает дополнительные проблемы в уходе за ним.

Б. Гедонистическая мотивация (достижение повышения настроения, удовольствия). В этих случаях речь идет о злоупотреблении алкоголем, часто в сочетании с рядом лекарств с целью утяжеления опьянения; употреблении наиболее опасного наркотика из распространенных в России – героина; наконец, о потреблении «галлюциногенов», особенно ЛСД
ЛСД – диэтиламид лезергиновой кислоты. Такого рода потребление нередко сочетается с делинквентным поведением и с определенными типами патохарактерологических реакций: оппозицией к реальности, стремлением к подражанию кому-то или стремлением к демонстрации самостоятельности и независимости. В гл. 4 указано, что гедонистическая мотивация при потреблении психоактивных веществ может наблюдаться у неустойчивых, диссоциальных личностей, при гипертимной акцентуации.

В. Мотивация гиперактивного поведения. Речь идет о преодолении апатии, замкнутости или же о достижении сексуального блаженства, или о подстегивании творческих усилий. Такое поведение также можно отнести к противостоянию реальности; наблюдается оно у неустойчивых, диссоциальных личностей, шизоидных и истероидных.

Г. Псевдокультурная мотивация. Речь идет о приеме наркотиков (чаще галлюциногенов) как о мировоззрении Лишь недавно канули в прошлое попытки создания «психоделической культуры» – убеждении себя и других, что с помощью галлюциногенов («психоделиков»), особенно ЛСД, можно обрести смысл жизни и познать жизнь. «Психодемическая культура» была распространена в среде хиппи в США и Западной Европе.
Потребление наркотиков относится в данном случае к противостоянию (борьбе) с реальностью, часто болезненной. Оно распространено у лиц с паранойяльными акцентуациями, при параноидной психопатии. Такие лица (как правило, безнадежно) лечатся в наркологических стационарах.

Д. Субмиссивная мотивация – пассивное подчинение предложению приема алкоголя, или наркотика, или табака и т. п. Вовлечение в их потребление, иногда с прямым принуждением, начинается в подростковом, а иногда и в детском возрасте и часто происходит благодаря нездоровым традициям семьи или «улицы». Именно этот тип потребления трудно отнести к девиантному поведению, поскольку оно близко по распространенности к норме. Впрочем, такая

мотивация особенно часто наблюдается у зависимых или конформных личностей, т. е. сочетается с патохарактерологическим поведением.
В сестринском процессе в таких случаях на первое место выступает обеспечение безопасности пациента, контроль эффективности и переносимости психотропных средств, и лишь при затихании болезненного процесса – психотерапия.

К сверхценным психопатологическим увлечениям В. Д. Менделевич относит также насильственные влечения (клептоманию – страсть к воровству; дромоманию – стремление к бродяжничеству; пироманию – страсть к разведению огня; и др.). При данной патологии также выступает на первый план лекарственная терапия.

Наконец, к рассматриваемой форме девиантного поведения относятся обсессивно-компульсивные и ритуальные действия, наблюдающиеся при невротических и других расстройствах (см. гл. 4).

Сверхценные психологические увлечения (в отличие от психопатологических) не наблюдаются при тяжелых душевных болезнях (шизофрении, органических поражениях мозга и др.), а скорее относятся к акцентуациям, реже к расстройствам личности. Причем нередко в таких случаях даже акцентуации не выражены, а субъект с такими увлечениями может рассматриваться как «вариант нормы». В самом деле, нельзя же рассматривать как девиантное поведение состояние влюбленности, увлеченность музыкой, религией, спортом и т. д. В то же время сверхценные психологические увлечения могут наблюдаться при определенных расстройствах личности, когда увлеченность какой-то идеей (писание плохих стихов, создание сложных мало полезных механизмов и т. п.) неправомерно вытесняет все остальные формы жизнедеятельности.

Таким образом, эта клиническая форма девиантного поведения соотносится с его патохарактерологическим типом. Однако нередко такая форма девиантного поведения входит в структуру поведения лиц с гиперспособностями. Заслуживают отдельного упоминания три формы сверхценных психологических увлечений.

А. Трудоголизм (работоголизм) – погруженность в работу, скорее, не ради результата, а ради процесса. Такой феномен у обсессивно-компульсивных личностей может объясняться тревожной неуверенностью (см. гл. 4) и выражаться в бесконечном переделывании работы, вплоть до ненужных деталей (нетрудно представить, как губительно такое поведение для здоровья). В других случаях «трудоголизм» сродни аддиктивному поведению: погружение в работу позволяет уйти от «серых будней».

Б. Увлеченность азартными играми (картами, игровыми автоматами и др.). Этот феномен обычно объясняется уходом от реальности и относится к аддиктивному поведению.

В. «Паранойя здоровья» – чрезмерная увлеченность оздоровительными мероприятиями (бег; обливания водой, особые виды гимнастических или дыхательных упражнений, диеты, «изгоняющие шлаки», и др.). Зачастую эти формы поведения наблюдаются при паранойяльных акцентуациях или у педантичных личностей и поглощают все остальные формы жизнедеятельности. Тип девиантного поведения в таких случаях – противостояние (борьба) реальности: неизбежным болезням, увяданию, умиранию.

Нетрудно вообразить, какие дополнительные трудности представляет уход за пациентами с «паранойей здоровья», уверенными в своем большем знании по сравнению с медработниками.

Тема 1. Предмет, структура и задачи медицинской психологии

Предмет изучения медицинской психологии

Психология – это наука о психике как функции мозга, которая заключается в отражении объективной действительности. В процессе изучения психология разделилась на общую, изучающую отдельные психические процессы, и частную (специальную), включающую такие отрасли, как педагогическая, юридическая, медицинская и многие другие. Медицина, как и многие другие науки, стремительно развивается, в работе врачей и медицинских сестер появляется большое количество новейшей аппаратуры, разнообразных контролирующих средств, позволяющих усовершенствовать качество лечебно-диагностического процесса. Не всегда больные бывают подготовленными к воздействию на них разнообразных устройств, особенностям новых методов лечения. В связи с прогрессом медицинской науки появился новый термин – «психология обращения с больными». Предметом и целью психологии обращения с больными является умение рассмотреть судьбу больного в окружающей его лечебной среде. В начале своего заболевания человек борется со своим недомоганием самостоятельно. Через какой-то промежуток времени, когда его собственные силы исчерпаны, к процессу борьбы прибегают медицинские работники. В центре внимания психологии обращения с больным находится вопрос взаимодействия больного со средой лечебного учреждения, формирования отношений между больным и врачом, сестрой и больным и тройственного союза: врач-сестра-больной. В вопросах медицинского взаимодействия иногда складывается такое понимание процесса: врач лечит больного, а сестра ухаживает за ним. Однако это не совсем правильное понимание вопроса: распределение работы между врачом и сестрой во многом зависит от местных условий и характера лечебного учреждения. Кроме того, психологическое воздействие на больного сестра оказывает не в меньшей степени, чем врач, так как продолжительность ее общения с больным нередко бывает больше.

Структура медицинской психологии

Медицинскую психологию можно подразделить на общую и частную. Общая медицинская психология занимается такими вопросами, как изучение изменений психики человека, вызванных тем или иным заболеванием с разработкой критериев здоровой психики, больной психики и временно измененной; психология поведения медицинских работников вообще и врачей в частности, психологический климат лечебно-профилактических учреждений различного типа; влияние психики на физическое состояние человека и наоборот, т. е. психосоматические и сомато-психические взаимодействия; основные особенности, характеризующие индивидуальность человека (темперамент, характер, личность) и их возможные изменения в процессе онтогенеза; этика и деонтология в деятельности медицинских работников, включающая вопросы врачебного долга и врачебной тайны; вопросы психогигиены, включающие в себя психологию семьи, брака, половой жизни, психологию межличностных взаимоотношений человека в кризисные периоды его жизни (подростковый, климактерический, старческий); вопросы психотерапии, психотренинга, психологических консультаций.

Частная медицинская психология занимается изучением индивидуальных особенностей тех или иных пациентов. Она изучает особенности протекания психических процессов у личностей с психической патологией; у лиц, страдающих заболеваниями, требующими хирургических вмешательств, особенно в такие периоды, как подготовка к операции и послеоперационный период; психологические

особенности лиц, страдающих врожденными дефектами, особенно если это касается дефектов органов чувств, приводящих к инвалидности; психологические особенности граждан при проведении различных видов экспертиз, в том числе военно-врачебной, судебной, медико-социальной, психические особенности лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией, а также психические особенности больных при любой другой соматической патологии. Максимальное применение в психиатрической практике находит патопсихология, в неврологической – нейропсихология, в соматической – психосоматика.

Медицинская психология является относительно молодой отраслью знаний, в связи с чем возникают различные варианты трактовок ее содержания и функций. Не так давно медицинская психология была включена в обязательную программу обучения студентов медицинских вузов, а до этого момента являлась факультативным курсом. В большинстве развитых стран распространено понятие не медицинской психологии, а клинической. В нашей стране клиническая психология рассматривается как часть медицинской. В Соединенных Штатах Америки пользуются термином «клиническая психология», разделами которой являются психотерапия, психодиагностика, психогигиена, реабилитация, психосоматика, а также некоторые разделы дефектологии. В Польше используют термин «медицинская психология», и ее подразделами считают психотерапию, психокоррекцию, восстановительную медицину, реабилитацию. В России наибольшую популярность имеет следующее подразделение медицинской психологии на области знаний: клиническая психология, психогигиена, психопрофилактика. Клиническая психология включает в себя нейропсихологию, патопсихологию и психосоматику.

Задачи медицинской психологии

Основной задачей медицинской психологии является изучение психики и особенностей поведения больного и окружающих его близких, родственников и медицинского персонала на разных этапах их общения. Этими этапами могут быть осознание самого факта каких-либо неполадок в организме, требующих медицинского вмешательства, момент принятия решения обращения к врачу, реакция пациента на факт осознания того, что он болен и нуждается в посторонней помощи, отношение к объему назначенного лечения и обследования, а также возможного прогноза относительно жизни, здоровья и трудоспособности, прогнозирование своей дальнейшей значимости в семье, на работе и в обществе в целом, внутренняя адаптация психики заболевшего к описанным проблемам. Все возникающие смежные проблемы взаимодействия пациента и медицинского персонала рассматриваются и оцениваются в свете основной задачи – оказания максимально возможной и эффективной помощи больному. При этом она изучает проблемы медицины в психологическом аспекте и методы психологии в медицинском аспекте. Деятельность медицинской психологии находит отражение в деятельности различных звеньев системы здравоохранения: амбулаторно-поликлиническом, госпитальном, санаторно-курортном, аптечном, на разных этапах подготовки медицинских кадров, научно-исследовательской работе, в области организации здравоохранения и некоторых других аспектах. Медицинская психология развивается в тесном взаимодействии с психотерапией, психиатрией, неврологией, нейрохирургией, сурдопсихологией, олигофренопедагогикой, трудотерапией и др.

Таким образом, медицинскую психологию, подобно всей психологии в целом, можно разделить на общую и частную. Задачей общей медицинской психологии является изучение взаимоотношений личности больного и врача. Вопросом частной медицинской психологии является разработка различных методов лечения в

конкретном применении к тем или иным областям медицины. Общая и частная медицинская психология тесно переплетаются с философскими, биологическими, социологическими и многими другими дисциплинами.

Тема 2

Психологические составляющие взаимоотношений между врачом и больным

Фундаментом лечебной среды любого учреждения являются отношения: врач и больной, сестра и больной и врач-сестра-больной.

Для формирования таких взаимоотношений прежде всего должно наступить осознание потребности в получении медицинской помощи, обращения к врачу. Признаки заболевания могут нарастать постепенно или наступить внезапно. При быстро или стремительно ухудшающемся состоянии вопрос о необходимости медицинской помощи решается быстро, в противном случае больной может долго думать и колебаться, стоит ли обращаться в медицинское учреждение или он справится сам, а может, тревожащие симптомы исчезнут без лечения и вообще они не являются признаком какого-либо заболевания. Больной обращается за советами к родственникам, друзьям, знакомым. Часть советов использует на практике и получает самые неожиданные, в лучшем случае не вредящие его здоровью результаты. Продолжительность такого самостоятельного этапа лечения зависит от уровня культуры, образованности, тяжести состояния, предыдущего опыта общения с медициной в целом, интенсивности реакции отрицания болезни, степени занятости, материальных возможностей и других аспектов жизни. В результате стадия заболевания, на которой больной попадает к врачу, может быть от первоначальной до тяжелой, терминальной, когда возможности медицины заключаются только в констатации факта и назначении симптоматического лечения. В зависимости от стадии и характера заболевания первый контакт может быть с врачом общей практики или участковым врачом, врачом-специалистом узкого профиля, врачом приемного покоя или сразу врачом скорой медицинской помощи. Вне зависимости от того, к какому врачу и в какой стадии заболевания попал пациент, работа врача будет складываться из трех основных этапов, которые различаются только по продолжительности и степени интенсивности в каждом конкретном случае.

1. Сбор анамнеза, начинающийся с фиксирования жалоб пациента. Больного мучают тысячи вопросов: что с ним? болен ли он вообще? если болен, то излечимо ли заболевание? что будет с ним дальше? какие действия предпримет врач? можно ли вообще доверять этому врачу? Невозможно предусмотреть все вопросы и сомнения, которые могут терзать пациента. Врач должен дать возможность пациенту подробно изложить все его жалобы, сомнения и задать вопросы. Подробно излагая свои переживания, больной может и сам суметь оценить степень значимости каждой конкретной из них, если не был в состоянии сделать этого до визита к врачу. Выступая в роли внимательного слушателя, врач одновременно решает несколько задач: начинает путь формирования доверительных отношений с больным, дает пациенту возможность выговориться, облегчить душу. Анализируя сказанное, грамотный врач сразу исключает истинные симптомы и жалобы от мнимых, нафантазированных, избавляет себя от необходимости корректного формулирования вопросов, так как уже получил на них ответы. В противном случае, не дав больному возможности высказаться в должном объеме, врач рискует потерять контакт с больным сразу и даже получить необоснованную жалобу от больного только лишь потому, что его не выслушали, хотя врачу уже было достаточно сказанного для постановки диагноза и дальнейших действий. В процессе сбора анамнеза врачу

необходимо не только выслушать больного, но и понять его, выразить свое сопереживание, дополнить его рассказ уместными репликами, сочувственными жестами, внимательно наблюдая за действиями и реакцией пациента на них, позволяющими судить об отношении больного к себе, своим жалобам, адекватности их оценки самим больным. Закончив свой рассказ перед внимательным слушателем, больной уже чувствует облегчение. Это как раз тот случай, о котором известный венгерский врач Баллинт сказал: «Врач и сам лекарство». Далее наступает очередь врача задавать вопросы. Имеют большое значение корректность постановки вопроса, тон, каким он был задан, степень культуры речи. Вопросы должны демонстрировать доброжелательность врача, способность и желание сопереживания и помощи, ни в коем случае не содержать даже скрытого намека на насмешку, высокомерие или недостаточный интеллектуальный уровень пациента. В большинстве случаев грамотный врач уже в процессе сбора анамнеза может установить предварительный диагноз. Однако сложившееся представление врача (трогенное представление) может не соответствовать представлению пациента (аутогенному представлению) о своем состоянии, возможном заболевании. В истинном диагнозе должно найти отражение то и другое представление. Долг врача в этой ситуации – провести с больным разъяснительную работу, обосновать происхождение его жалоб и своего мнения об этих жалобах и предполагаемом диагнозе. Разговор с больным врач должен вести на доступном ему языке, не использовать терминов и оборотов речи, понятных только медикам, не высказывать категоричных суждений, особенно если они противоположны мнению пациента.

2. Следующим этапом является назначение обследований. Помимо медицинских показаний, следует учитывать настрой больного на проведение обследований в целом и отношение к конкретным методам в частности. Если есть необходимость в проведении платных обследований, доктор должен тактично поинтересоваться материальными возможностями пациента, причем акцент должен быть сделан не на финансовые возможности пациента в целом, а желание и возможность потратить какую-либо сумму на проведение медицинских исследований. Врач должен создать у пациента мотивацию к проведению обследований. Каждое из назначенных исследований должно быть обосновано доктором как проводимое исключительно в целях быстрейшей и максимально точной постановки диагноза. Если состояние больного требует проведения каких-либо сложных или неэстетичных, болезненных манипуляций в целях обследования, врач должен подробнее разъяснить характер проведения и необходимость использования именно таких методов.

3. Завершающим этапом являются назначение лечения острого процесса и разъяснение дальнейшего отношения к своему заболеванию. К этому этапу общения между врачом и больным уже сложились какие-то отношения, в большинстве случаев трудно поддающиеся дальнейшей коррекции. Одним из вариантов таких отношений могут быть беспредельная вера в лечащего врача, наделение его сверхъестественными способностями. От таких отношений недалеко до предрассудков, с одной стороны, а с другой – боязни причинения вреда, так как врач знает все, а больной – ничего. При таком варианте взаимоотношений грамотный врач старается закрепить веру больного в себя, но и избавить больного от надежды на чудо. Отношения больного и врача могут складываться совершенно иначе. Пациент может быть настроен воинственно, настойчиво и решительно. Этот настрой не всегда демонстрирует враждебное отношение лично к доктору, такое поведение может быть лишь выходом общего эмоционально-психологического состояния пациента, напряженности его нервной системы. Построение взаимоотношений с такими больными требует от врача высокой морально-психологической устойчивости, умения дифференцировать отношения пациента к врачу от его эмоционального состояния в целом. Наряду с вышеописанными отношениями существует отношения взаимного

сотрудничества, к которым должны стремиться все врачи и пациенты, так как в этом случае можно ожидать максимального эффекта от лечения.

Есть и различные патологические формы взаимоотношений врача и больного. Одним из вариантов являются невыполнимые претензии пациентов, требование от врача выполнения функций, не входящих в круг его обязанностей. Такие больные часто меняют врачей, но не находят желаемых результатов. Противоположной патологической формой взаимоотношений является болезненная привязанность пациента к единственному доктору, вера в то, что ему может помочь только этот врач. Взаимоотношения пациента и доктора не являются раз и навсегда установившимися, они подвергаются изменениям в процессе взаимодействия. На них могут влиять более внимательное отношение доктора, эффективность проведенного лечения, точность и быстрота поставленного диагноза, и наоборот, изначально хорошие отношения способствуют большей эффективности лечения. Условия, в которых ведется лечебная деятельность, не могут не оказывать своего специфического влияния. Естественно, различными будут отношения на амбулаторном этапе лечения и госпитальном. На амбулаторном этапе врач имеет возможность наблюдать больного в течение многих лет, все лучше узнавая его как личность, зная условия жизни больного, семейные и социальные проблемы, кризисные моменты его жизни. Исходя из этого, участковый врач, длительное время наблюдающий данную семью, быстрее разберется в источниках и предрасполагающих факторах заболевания. Венгерский врач Баллинт так охарактеризовал роль участкового врача в обществе: «Участковый врач может стать истинным представителем медицинской науки, стремящейся лечить не болезни, а больного человека, в центре внимания которой патология личности как единого целого, и таким путем он станет продолжателем благородного дела «домашних» врачей, врачей семьи». Лечебная деятельность, осуществляемая в условиях стационарного учреждения, предусматривает более короткий, но интенсивный период общения, за который состояние больного меняется стремительнее. Разумеется, характер взаимоотношений будет определяться и профилем госпитального отделения: один вариант – терапевтическое отделение, другой – гинекологическое и совсем иной – психиатрическое.

Помимо взаимоотношений между врачом и больным следует помнить, что врач является образцом и примером для среднего медицинского персонала. Характер взаимоотношений врача с больными воздействует и на медицинских сестер. Грамотный доктор, осознающий это, имеет в своем арсенале важнейшее средство психологического воздействия на них.

Психологические составляющие взаимоотношений между сестрой и больным

Медицинская сестра практически любого лечебно-профилактического учреждения часто жалуется на усталость и чрезмерную занятость. Следует понимать, что в большинстве случаев усталость и перегруженность определяются не количеством выполненных сестринских манипуляций, а эмоционально-психологической перегрузкой среднего медицинского работника. Сестре в течение рабочего дня приходится сталкиваться с большим количеством споров, недоразумений, претензий больных, часто необоснованных. В конце рабочего дня даже культурная, грамотная, исполнительная медицинская сестра может получить замечание, так как больные жаловались на нее, хотя порой их претензии необоснованы и невыполнимы, а причинами претензий являются их нетерпеливость и беспокойство. Основным психологическим аспектом деятельности медицинской сестры является налаживание контакта с больным. Происходит все это наряду с огромным объемом медицинских

манипуляций, являющихся основной ее работой. В связи с такими объемами работы выполнение сестрой своих обязанностей часто носит механический характер, доводится до автоматизма. В подобных случаях происходит обезличивание деятельности, хотя сами по себе манипуляции выполняются безупречно, но о больном, его чувствах и переживаниях забыли, и отношения складываются формальные, официальные. Большинство жалоб пациентов порождается именно из-за таких отношений, несмотря на то, что медицинская сестра безупречно выполнила манипуляции. Во время амбулаторного приема врач только перечисляет назначаемые диагностические и лечебные манипуляции, обосновывает их необходимость, а уже медицинская сестра объясняет особенности их проведения, характер и необходимость подготовки и даже проводит часть назначенных врачом процедур. Больные, находящиеся на стационарном лечении, еще больше времени проводят в непосредственном контакте с медицинской сестрой. Если не возникает чрезвычайных ситуаций, то контакт врача с больным ограничивается временем обхода, все остальное время дня больной предоставлен общению с медицинской сестрой. Таким образом, помимо профессиональных знаний в области медицины, сестра должна иметь и психологическую подготовку. Физический уход за больным, осуществляемый медицинскими сестрами, является основным связующим звеном, на котором строится психологический контакт с сестрами. Напрашивается аналогия этих взаимоотношений и отношений между матерью и ребенком, за которым она поначалу просто физически ухаживает, а затем между ними формируется прочная духовная связь. Забота, внимание и сопереживание являются основными качествами в работе сестры, которая должна помнить, что больной человек прежде всего стремится освободиться от болезни и ищет в окружающих именно эти качества. Поддержка, оказываемая больному медицинской сестрой, проявляется не только в делах, но и в словах, жестах, всем стиле работы с больным. Одинаково большое значение имеют сказанные слова и их эмоциональная окраска, при этом необходимо учитывать интеллектуальный уровень больного, характер темперамента и другие индивидуальные особенности личности, не менее важен факт сочувствия переживаниям пациента. В идеальном варианте сестра должна практически вжиться в переживания пациента, суметь поставить себя на его место. Столь же важно, как и в работе врача, сестре уметь выслушать больного. Общеизвестна поговорка: «Слово – серебро, молчание – золото». В процессе выслушивания больного роль медицинской сестры несколько отличается от роли врача: сестра должна проявлять интерес, демонстрировать реакцию на услышанное, расположиться поближе к больному, принять доверительную позу. Прямой, открытый, доброжелательный взгляд, посадка на краю стула, открытые ладони, наклон туловища вперед – вот лишь немногие характерные признаки человека, готового к внимательному заинтересованному выслушиванию.

Имеют значение и характер реакции на рассказ пациента: вовремя вставленное слово, кивок головы, доверительная улыбка, заинтересованный вопрос или дополнение к повествованию. В отличие от врача, больной не ждет от сестры разрешения своих проблем, в ней он прежде всего видит внимательного слушателя, которому можно излить душу. Если беседу удалось направить в нужное русло, больной быстрее успокаивается и адаптируется к предстоящим процессам обследования и лечения. Сестра должна быть очень внимательна, отвечая на вопросы, и четко представлять себе, в каком случае необходимо корректно переадресовать вопрос врачу. Немало трудностей вызывает и обсуждение личных дел больного, которыми он с радостью готов поделиться и ждет от медицинского работника такой же откровенности. Он может с удовольствием демонстрировать фотографии близких родственников, «случайно» оказавшиеся при нем, и обижаться, если сестра не проявляет такой же готовности к откровенности. Несмотря на это, сестра не должна забывать, что все это не относится к сфере ее прямых

обязанностей, но и отказ больному в откровенных беседах не должен быть резким, обидным, унижающим личность и достоинство. Продуктивнее всего научиться беседовать на легкие отвлеченные темы: о спорте, погоде, проведенном отпуске, о последних событиях в городе. Установившуюся связь между пациентом и сестрой необходимо рассматривать как нечто лабильное, развивающееся. Помимо особенностей личности больного на процесс взаимодействия немало влияют особенности личности сестры. Повседневная практика свидетельствует о том, что профессиональные качества медицинского работника среднего звена играют одинаково важную роль наряду с его способностями достигнуть необходимого контакта с больным. Многие жалобы пациентов, если не большинство из них, связаны не с процессом диагностики и лечения, а с отношением к этому процессу и поведению медицинского персонала. Медицинских сестер можно разделить на несколько типов.

1. Сестра-рутинер. Медицинский работник этого типа скрупулезно, порой механически выполняет все предписания и распоряжения врачей, качество такого выполнения весьма высоко. Но такая медицинская сестра не видит самого больного, его личность, не демонстрирует и не испытывает сопереживания, действует обезличенно.

2. Сестра-актриса, играющая заученную роль. Такая сестра выработала для себя определенный идеал, к которому считает нужным стремиться. На этом пути ее поведение часто становится наигранным, неискренним, искусственным.

3. Нервозная сестра. Об этом типе медицинской сестры следует говорить лишь в том случае, если нервозность отражается на работе. Результатом деятельности такого типа нервной системы могут стать вспыльчивость, грубость, раздражительность. Нервозность, тревожность могут проявляться и в форме ипохондрии, боязни заражения какими-либо инфекционными заболеваниями или поисками у себя симптомов каких-либо тяжелых неизлечимых недугов.

4. Медицинская сестра, являющаяся сильной, иногда мужеподобной личностью. Такой тип медицинских сестер достаточно широко распространен в медицинской практике. Такую сестру отличают любовь к строгому порядку, неукоснительному соблюдению всех требований без исключения, настойчивость, напористость, решительность. В большинстве случаев эти сестры обладают хорошими организаторскими способностями, но иногда страдают от прямолинейности и недостатка гибкости, в крайних случаях бывают грубы и агрессивны.

5. Материнский тип медицинской сестры. Она характеризуется максимальной, иногда чрезмерной заботливостью и состраданием к больным. Такая сестра все делает тихо, с улыбкой, без суеты, но все успевает не хуже других. В своей работе она находит свое главное жизненное призвание – заботу и помощь ближнему. Медицинская сестра такого типа иногда страдает от собственной доброты и безотказности, которой пользуются пациенты.

6. Достаточно редко распространен тип сестер-специалистов. Они находят свое призвание в одной узкой области медицины, успешно совершенствуются в ней и не интересуются ничем другим.

Все этапы установления взаимоотношений между сестрой и больным условно можно поделить на три части.

На начальном этапе происходит ознакомление с особенностями личностей сестры и больного, выяснение отношения больного к своей болезни, особенностей лечебного

учреждения, особенностей отношения сестры к своей работе и больным вообще. Установлению продуктивного контакта на начальной стадии могут мешать сложившиеся предрассудки, предубеждения, опыт отрицательных эмоций обоих участников этого процесса. На этапе самого процесса лечения мы видим уже сложившиеся взаимоотношения и их положительное или отрицательное влияние на процесс лечения. Особенно важно позитивное влияние при недостаточно успешном или затяжном процессе лечения. На завершающем этапе лечения важна подготовка больного к дальнейшему существованию без медицинского вмешательства. Пациент должен получить подробные, конкретные, исчерпывающие рекомендации по дальнейшему образу жизни, приему медикаментов в случае необходимости, правильной диете и режиму питания.

Психологические составляющие тройственного союза: врач-сестра-больной

Основой работы любого лечебного учреждения является этот тройственный союз. Выше были описаны этапы взаимодействия больного – врача и сестры – врача. В этом тройственном союзе руководителем, естественно, является врач как лицо более опытное и несущее большую ответственность. Многое зависит от правильного выбора врачом стиля руководства. Наиболее распространенным и, вероятно, эффективным является дружеско-товарищеский, т. е. настроенный на сотрудничество и взаимоуважение. Он возможен при творческом подходе к работе обоих медицинских работников. В этом случае сестра, являясь постоянным связующим звеном между пациентом и врачом, способствует установлению режима сотрудничества, создавая врачу определенный имидж, исходя из его личностных и профессиональных особенностей. Врач, в свою очередь, должен всячески поддерживать сестру, ни в коем случае не критиковать ее в присутствии больного, даже если абсолютно уверен в ее ошибке или неправоте. Больные должны ощущать на каждом этапе своего контакта с лечебным учреждением единообразие требований всего медицинского персонала. Разногласия, возникающие в процессе работы между врачом и сестрой, не должны быть известны больным. Все они должны разрешаться в рабочем порядке, вежливо и конструктивно. Очень важно, чтобы такой стиль руководства не переходил на фамильярный. Каковы бы ни были взаимоотношения врача и сестры вне стен медицинского учреждения, в лечебном учреждении они должны четко помнить и выполнять свои собственные обязанности, за которые и несут ответственность в рамках своих должностных полномочий. Встречаются ситуации, когда после многих лет совместной работы врач настолько доверяет медицинской сестре, что позволяет ей самой ставить диагнозы, назначать обследование и лечение. Эта порочная практика несет в себе несколько отрицательных сторон: ответственность за назначения несет врач независимо ни от чего, а в глазах больного его авторитет неизмеримо падает, если пациент знает, что все назначения исходят от медицинской сестры, а врач даже не проконтролировал их правильность. Врач, использующий авторитарный стиль руководства, прав в том случае, если сестра значительно моложе его и менее опытна, замечена в безответственном отношении к работе. Помимо перечисленных существуют возрастные проблемы взаимоотношений сестры и врача. Молодая сестра с удовольствием перенимает опыт у знающего врача, слушается его во всем и уверена в его правоте. Между ровесниками тоже возникают проблемы непонимания, споры из-за назначений врача возникают редко и легко разрешаются. Наиболее сложной является проблема молодого врача и старой опытной медицинской сестры. Во-первых, таких ситуаций старшие и главные медицинские сестры должны стараться избегать; во-вторых, такая ситуация будет менее болезненной при высоком культурном уровне обоих медицинских работников или хотя бы одного из них, в-третьих, при умелом вышестоящем руководстве эту ситуацию можно развернуть в пользу обоих: опытная сестра, тактично и ненавязчиво подсказывающая молодому

врачу, будет чувствовать свою значительность, а молодой врач будет чувствовать поддержку в тех вопросах, которые еще недостаточно знает, будет уверен, что подсказка сестрой будет сделана в корректной форме.

В большинстве случаев контакт пациента с лечебно-профилактическим учреждением начинается с общения со средним медицинским персоналом. Медицинская сестра должна провести подготовительную работу и настроить больного на контакт с лечащим доктором, учитывая личностные особенности обоих. Общение с больным должно строиться на уважении к нему, которое пациент должен ощущать, исходя из первых же слов, обращенных к нему медицинской сестрой. В ежедневной работе с больным есть множество задач, выполнить которые может как врач, так и медицинская сестра. Вопрос о том, кто будет выполнять данную конкретную задачу, решается индивидуально, исходя из местных условий. Нередко сестре приходится по несколько раз объяснять назначения врача, когда доктор уже занимается с другим пациентом, до тех пор, пока она не убедится, что больной понял разъясняемое. Врачу также порой приходится брать на себя функции медицинской сестры в момент ее большей занятости. В глазах пациентов выигрывает тот врачебно-сестринский коллектив, где распространена такая практика, это идет на пользу лечебно-диагностическому процессу в целом. Врач, заставляющий больного долго ждать, пока сестра оформит ему направления на анализы, в то время как она занята какими-либо срочными манипуляциями, демонстрирует свое неуважение к больному, медицинской сестре и лечебному учреждению в целом.

Тема 3

Основными задачами любого лечебно-профилактического учреждения являются прием пациента на каком-либо этапе его заболевания, осуществление в отношении него определенных лечебно-диагностических мероприятий в соответствии со своим профилем. Психологический климат, созданный в данном учреждении, должен помогать и упрощать решение основных, возложенных на него задач. На всем протяжении времени, пока больной находится в стенах лечебного учреждения, он должен ощущать, что все происходящее с ним и с другими пациентами подчинено одной цели – скорейшей диагностике и максимально эффективному лечению. В таком случае какие-либо неувязки, задержки в его собственных лечебно-диагностических манипуляциях будут восприняты им исключительно как крайняя необходимость и не вызовут негативных эмоций. Наоборот, больной может ощутить свою значимость, если будет знать, что его обследование было отложено в интересах другого более тяжелого пациента и, вовремя проведенное, оно спасло человеку жизнь. В структуре медицинской психологии выделяется такое понятие, как психология обращения с больными. Суть этого термина заключается в умении найти метод обращения с каждым конкретным пациентом, проложить путь к эффективному контакту с ним. Прежде всего необходимо научиться понимать больного, спектр его переживаний и надежд. Решающая роль в лечебном процессе зависит от единого стиля работы всего лечебного коллектива и вовлечения в этот стиль больного как временного участника. Единообразие подходов всего лечебного коллектива к любому больному играет решающую роль в эффективности лечения и авторитете данного коллектива. В любом отделении есть больные, к которым легко найти подход, объяснить необходимость той или иной манипуляции, назначения или отмены медикамента, задержки или ускорения выписки из отделения.

Полной противоположностью являются больные, не согласные ни с какими назначениями, вмешательствами, постоянно подозревающие несправедливость по отношению к себе и обвиняющие в этом весь медицинский персонал. Даже с таким

пациентом можно найти общий язык, если весь коллектив лечебного учреждения будет действовать слаженно и поддерживать мнение своих коллег.

Особенности психологического климата в амбулаторных учреждениях

У большинства больных, как и вообще членов человеческого общества, бытует мнение о враче как о человеке с положительными чертами характера. В литературе и искусстве, культуре в целом веками создавался благородный образ врача, способного на самопожертвование, служение науке и обществу. Большинство пациентов, сталкиваясь с медициной в том или ином ее проявлении, в глубине души надеются на подобное отношение. Со стороны врача очень важно дать понять больному, что он способен на то, чего тот от него ожидает, и не его вина, если не все удается. Известный факт, что эффективность лечения во многом зависит от веры больного в выздоровление, а это, в свою очередь, тесно связано со степенью доверия к врачу, с тем, насколько удастся врачу расположить к себе больного и разобраться в его сложных (или кажущихся сложными) переживаниях, сколь разумен и реален будет совет врача, столь эффективно будет налажен контакт с больным. Не следует забывать, что больной, посетивший врача, в большинстве случаев знает о враче гораздо больше, чем врач о больном. Создавшееся невыгодное положение врача обязывает его быть предельно внимательным, чутким и осторожным. Отсюда следует, что в амбулаторно-поликлиническом учреждении крайне важно создать такую обстановку, в которой любой пациент еще до общения с врачом мог бы почувствовать, что забота и внимание к нему есть первый этап действительного стремления оказать ему максимально возможную помощь. Любое лечебное учреждение начинается с регистратуры или приемного покоя, где основными работниками является средний и младший медицинский персонал. Уделяя основное внимание лечебным мероприятиям, руководство лечебных учреждений нередко забывает о воспитательной работе и обучению элементарным психологическим приемам этой категории медицинских работников, хотя их чуткость, доброжелательность, деловитость, лишенная назойливости и ненужных разговоров, как нельзя лучше подготавливают благоприятную почву для дальнейших действий старшего медицинского персонала. Важными аспектами являются соблюдение в коридорах учреждения и в кабинетах врача тишины, доброжелательной обстановки, наличие свежего воздуха, отсутствие неприятных или специфических запахов. Оформление кабинетов и коридоров должно предусматривать следующие цели: успокоить больного, сообщить ему чувство уверенности, но не напоминать ему об имеющихся или возможных страданиях. Наглядная агитация должна способствовать санитарно-гигиеническому просвещению и выработке профилактических навыков. Однако в ряде случаев, несмотря на все усилия, остается психологический барьер недоверия и отчужденности между врачом и больным. Причин тому может быть множество: недостаточный врачебный опыт, чувство антипатии, имевшее место в прошлом, чувство брезгливости при различных тяжелых заболеваниях, плохое самочувствие или плохое настроение врача в день приема. Не стоит забывать, что врач, как и любой другой человек, не застрахован от заболевания, личных огорчений и жизненных невзгод. Однако все перечисленные и неперечисленные аспекты не должны накладывать отпечаток на взаимоотношения доктора и пациента. Врач в самом начале беседы должен полностью переключиться на проблемы и переживания больного и забыть о своих личных невзгодах, до которых больному, обратившемуся за помощью, нет никакого дела. Врач не должен забывать, что больной, особенно при первой встрече, очень внимательно следит за каждым жестом, взглядом, выражением эмоций врача. В течение определенного времени больной находится в состоянии особой настороженности, выясняя, найдет ли он в общении с этим доктором контакт, взаимопонимание и настоящую помощь. От того, насколько

оправдаются ожидания больного, настолько окажется прочен зарождающийся союз пациента и врача. Очень важен эффект первой встречи. Если при первом контакте прочного союза достичь не удалось, в последующем врачу придется приложить гораздо больше усилий для получения эффективного контакта с больным. Во время общения с больным врач должен быть артистом, ведь от настороженного взгляда больного не ускользнут ни торопливость врача, его невнимательность, скованность в движениях, тревога во взгляде. Как такое поведение будет истолковано больным, известно только ему одному, а врач в его лице получит недоверяющего, мало уважающего его пациента. Нетактичными моментами поведения врача больным будут считаться всевозможные отвлечения доктора на какую-либо другую работу: просматривание полученных анализов, подпись рецептов или других медицинских документов, поданных медицинской сестрой, систематическое поглядывание на часы, частые ответы на телефонные звонки. Все это неизбежно порождает недоверие к доктору, провоцирует чувство антипатии и раздражения, исключает возможность откровенного разговора. Долгом и прямой обязанностью врача является постоянный контроль своих чувств и действий как при первой встрече с пациентом, так и в дальнейшем.

Особо следует остановиться на культуре речи врачей, а также средних и младших медицинских работников. Слова и выражения, которые употребляет медицинский персонал в общении между собой в присутствии больного или обращаясь к больному, должны исключать специальные термины, которые больной может не понять и расценить по-своему, жаргонные выражения и т. п. Все, что врач или медицинская сестра объясняют больному о его состоянии, должно быть на максимально доступном ему языке, исключать недосказанность и общие фразы, так как такое поведение может спровоцировать недоверие больного и разнообразные домыслы, не соответствующие действительности.

К сожалению, не у всех заболеваний благоприятный или известный прогноз. В этом случае врач должен четко определить, какую долю правды он должен сообщить данному больному. Сообщение заведомой лжи, как правило, не приводит к желаемым результатам, ибо это через какой-то промежуток времени ведет к потере контакта и доверия между врачом и пациентом. Не стоит забывать о том, что врач должен поддерживать доверие больного не только лично к себе, но и к медицине в целом. Назначения, сделанные разными врачами по поводу одного и того же заболевания, могут не совпадать. Данный факт отнюдь не свидетельствует о хорошей либо плохой квалификации того или иного врача. Следует помнить, что методов лечения и лекарственных препаратов, назначаемых по поводу одного и того же заболевания, может быть великое множество. Поэтому если врач, узнав о назначениях коллеги, выразит удивление, недоумение или, еще хуже, недоверие, он может подорвать доверие не только к своему коллеге, но и к себе самому и медицине в целом. Во-первых, возможно, коллега в дополнение к удивившему препарату назначил что-то еще, о чем больной забыл или не хочет рассказывать, во-вторых, за то время, когда проводилось лечение первым врачом, картина болезни могла измениться под действием препаратов, в-третьих, любой из врачей может ошибаться. В любом из вариантов врач должен повести себя тактично и убедить больного, что как первый, так и второй врач действовали исключительно в его интересах. Бестактность врача, неуместный юмор или сарказм накладывают глубокий отпечаток на психологию больного, после чего даже самое правильное медикаментозное лечение значительно снижает свою эффективность.

Особенности психологического климата в стационарном учреждении

Находясь в таких учреждениях, больные испытывают на себе наибольшее влияние лечащего коллектива по сравнению с другими лечебными учреждениями. Это объясняется длительностью и интенсивностью контакта пациента и медицинского персонала в данном случае. В связи с этим требования, предъявляемые к больничной палате, отделению, касаются не только гигиенических, но и эстетических требований. При оборудовании больничного отделения необходимо предусмотреть наличие комнатных растений, картин с приятными, умиротворяющими или жизнеутверждающими, оптимистичными сюжетами. Мебель в отделении должна соответствовать не только санитарно-противоэпидемиологическим нормам, но и эстетическим. Покрытие мебели должно легко подвергаться санитарной обработке. Соблюдение этих требований вызывает у пациента чувство доверия к учреждению, успокаивающе влияет на психику больного и способствует выздоровлению. Одновременно с созданием благоприятных условий для выздоровления больничное учреждение призвано оказывать воспитательное воздействие в отношении образа жизни, привычек и пристрастий пациента. Больной должен освоить или хотя бы встать на путь освоения образа жизни, более целесообразного для него, препятствующего дальнейшему прогрессированию болезни. У человека, находящегося на лечении, неизбежно формируются определенные представления об этом учреждении. Формирование позитивного представления идет на пользу одновременно больному и всему коллективу больницы, создавая имидж учреждения. Процесс попадания в больницу часто оказывает на людей тяжелое воздействие, создает стрессовую ситуацию. В жизни человека, попавшего в стационар, меняется много аспектов повседневной деятельности. Реакция на стресс может быть самой разной у больных с разными заболеваниями и особенностями характера.

Основными факторами, влияющими на этот процесс, являются тяжесть заболевания больного, длительность нахождения в стационаре, особенности восприятия новой обстановки и многое другое.

У пациента, попавшего в лечебное учреждение, могут сложиться самые разнообразные представления. Многие ждут избавления, освобождения от страданий, выздоровления. Иные больные ждут других результатов от пребывания в больнице (например, обследования, позволяющего получить группу инвалидности). В большинстве случаев попадание в больницу оказывает на пациентов тяжелое, иногда потрясающее воздействие. Неизвестные предметы, непонятные аппараты, необъяснимые действия лечащего персонала, особенности поведения соседей по палате, новая обстановка, тревога за исход своей болезни, тяжелые картины чужих переживаний – все это и многое другое не может не отражаться на психике больных. Находясь в больнице, пациент постоянно чего-то ожидает: манипуляций, консультаций, операций, перевязок, обходов, результатов обследований, визитов из дома. Попавший в больницу вынужден расстаться с привычным окружением, домашней обстановкой, ритмом жизни. Разные пациенты воспринимают это по-разному: негативно или позитивно. Пребывание в стационаре влияет благоприятно, если больному комфортно и приспособление к новой среде не требует от него особых усилий. К неблагоприятной, не располагающей обстановке приспосабливаться труднее, да и сама госпитальная среда в этом случае может послужить причиной возникновения состояния тревоги, напряженности, не способствующего выздоровлению. Врачу могут встретиться даже такие случаи, когда больные в начале заболевания начинают избегать дальнейшего контакта с ним под теми или иными предлогами. Такие больные не хотят углубленного и подробного обследования. Объясняют они это свое поведение страхом, что у них обнаружат тяжелую, неизлечимую болезнь. Встречаются и другие больные, требующие массы дополнительных исследований, уверенные в наличии у них тяжелого, неизлечимого недиагностированного заболевания. Пациента, поступающего на стационарное

лечение, встречает персонал приемного покоя. Формальные процедуры, регистрация личных данных больного, заполнение всевозможных медицинских документов требуют много времени. С этого этапа больные должны получать внимательное, доброжелательное, теплое отношение медицинского персонала. На этапе приемного покоя начинается налаживание охранительного режима персоналом лечебного учреждения. В налаживании и соблюдении охранительного режима нет мелочей, все имеет значение: оформление помещений, организация четкой работы в отделении с учетом режима дня больных, внешний вид пациентов и медицинского персонала, освещение, запахи и многое другое. Больной, поступающий в относительно удовлетворительном состоянии, стремится побыстрее сориентироваться в окружающей обстановке, получить максимум необходимой информации для дальнейшего проживания в новой для него обстановке. Таким образом, для него создаются более комфортные условия. Заслуживают внимания привычки и особенности членов лечащего коллектива, сложившиеся в данном учреждении. Вежливость и обходительность, спокойная речь, тихая ходьба – все это оказывает благоприятное психологическое воздействие на больного и играет важную роль в борьбе с вредностями, причиняемыми шумом. Тишина – одно из главных условий ухода за больными в течение всего процесса лечения. Другим важным условием ухода является освещение. Тусклый свет столь же вреден, как и слишком яркий, режущий в глаза. Беспричинное частое изменение режима освещения в палате также оказывает отрицательное влияние на психологическое состояние больных. Не менее важно соблюдение комфортного температурного режима в отделении. Кроме того, помимо оптимальных требований медицинский персонал должен учитывать индивидуальные запросы больных в соответствии с их заболеванием. Чистота является не только предметом соблюдения санитарно-противоэпидемиологических норм, но и аспектом психической гигиены. Нужно добавить, что у больных возможны личные гигиенические запросы, пренебрегать которыми нежелательно, несмотря на их индивидуальный характер. У любого культурного человека грязь вызывает отвращение. Нельзя назвать приятным соседство с лежачим больным, вынужденным справлять естественные надобности в палате, соседство с больным, отхаркивающим зловонную мокроту. Существует еще немало подобных неприятных случаев. Долг заведующего отделением в данном случае – избавить более легкого больного от подобного соседства, с одной стороны, а с другой – сделать соседями больных, находящихся примерно в одинаковом состоянии, тем самым облегчая общение и взаимопонимание более тяжелых и беспомощных больных. Даже при размещении больных, не создающих неудобств окружающим, не вызывающих у них отрицательных эмоций, следует учитывать психологические аспекты размещаемых. Одному больному в силу его психологических особенностей требуется большая изоляция, другой боится спать один, потому что опасается ночного приступа своего заболевания, третьему для уменьшения страха и беспокойства хочется быть поближе к комнате медицинской сестры, четвертый боится лежать у окна, чтобы лишний раз не простудиться, пятый не хочет спать у радиатора, потому что не переносит духоту. Размещая больных, медицинский персонал не должен забывать о совместимости больных внутри палаты. Разногласия могут возникать между людьми разных темпераментов или разных типов личностей. Спокойствие в этом случае может нарушить любой, на первый взгляд, невинный вопрос, если он задевает глубоко скрываемый конфликт в душе больного. Постоянным требованием любого лечебного учреждения является поддержание порядка в госпитальных палатах. Степень осуществления этого требования зависит от многих местных условий и реальных возможностей. Иногда больные сталкиваются с чрезмерной педантичностью палатных сестер, отвечающих за этот раздел работы. Они буквально «терроризируют» больных, требуя от них идеального порядка, не считаясь с особенностями заболевания и проводимыми лечебно-диагностическими манипуляциями. Такая обстановка может мешать выздоровлению, особенно если приходящая на смену

ночная медицинская сестра не столь категорична в своих требованиях, чем подчеркивает определенную степень унижения больного в дневное время. Нельзя не отметить, как важен подбор сестер, близких по стилю работы и особенностям личностей.

Руководителем лечащего коллектива является главный врач. Особенности его поведения, взглядов, манера общения служат примером для всего медицинского персонала. Он является духовным наставником коллектива, от него зависит эмоциональный настрой работы всего лечебного учреждения. Отсюда следует, что важна личность главного врача. Не во всех лечебных учреждениях существенное значение придается личностным качествам, чаще первостепенное значение придают знаниям и способностям. Главный врач должен своим отношением к работе, характером своей повседневной деятельности давать позитивный пример подчиненному ему медицинскому персоналу. Он должен быть не только руководителем, но и воспитателем, формируя медицинских работников не только как специалистов, но и как людей, сознающих свое предназначение – сохранение здоровья и жизни людей.

Одной из проблем, с которой сталкивается любой руководитель медицинского учреждения, является недопонимание между врачами старшего и молодого поколений. Разногласия между поколениями могут носить характер соревнования, спора. Но, когда соревнования принимают нездоровый характер, появляется необходимость вмешательства более высокопоставленного руководителя. Роль главного врача в данной ситуации заключается в том, чтобы добиться использования в работе новых прогрессивных методов, пропагандируемых молодым поколением, не забывая старые, давно проверенные.

Из практики известно, насколько особенности стиля работы отдельных главных врачей влияют на атмосферу вверенных им лечебных учреждений. Столь же важно для работы среднего и младшего медицинского персонала влияние личности главной (старшей) медицинской сестры. В ее работе одинаково необходимы гуманность и твердость руководства. В современной действительности старшая медицинская сестра часто слишком загружена хозяйственными и административными задачами, ее возможностей руководителя часто не хватает для организации высокого уровня деятельности медицинских сестер и младшего медицинского персонала. С проблемами старшего и младшего поколения приходится сталкиваться и среди сестер. Это касается распределения работы, дежурств, особенно при нехватке кадров, несовершенстве условий труда. К трениям и конфликтам могут приводить личные проблемы, темперамент, особенности поведения.

Пациент, замечающий, что все в лечебном учреждении подчинено установленному плану, с большим уважением относится к предъявляемым к нему требованиям и стремится их выполнять. Организованность способствует поддержанию у больных чувства уверенности в их дальнейшей судьбе. Постоянная изменчивость времени обходов и пропусков отдельных посещений больных может привести к организационной неразберихе, что подрывает доверие к врачам и воспитывают в них безалаберное отношение к назначенным лечебно-диагностическим манипуляциям. Врачебный обход как таковой оказывает многогранное медико-психологическое воздействие на больных. Ежедневный врачебный обход вызван необходимостью, но он имеет и отрицательные стороны. Доля уделяемого внимания к каждому больному порой зависит не от тяжести его состояния и характера болезни, а времени, которым располагает врач. Поэтому метод регулярных врачебных обходов всего отделения используется не везде, в ряде отделений используется метод индивидуального занятия с больным. В основном это зависит от профиля госпитального отделения. В психиатрических отделениях стараются меньше использовать практику регулярных

врачебных обходов. Учитывая особую специфику такого лечебного учреждения, практически главным методом работы с любым больным является индивидуальный. Массовый, групповой метод работы, для которого не являются помехой врачебные обходы, больше подходит для выздоравливающей группы больных. Врачебный обход в таком отделении, как хирургическое, также не всегда актуален, потому что больные, находящиеся в одной и той же палате, порой нуждаются в совершенно различных манипуляциях, которые нельзя провести вне манипуляционной. Соответственно, в этом случае также будет использован индивидуальный метод работы. Палаты интенсивной терапии и реанимационные отделения вообще требуют многократного осмотра и вмешательства в состояние больного в течение суток.

При выписке больного из стационара нельзя забывать, что пациент должен быть морально подготовлен к этому событию, даже если до этого он сам настойчиво к нему стремился. Выписка не должна быть неожиданной, иначе она неизбежно вызовет домыслы и сомнения пациента и его родственников: не выписывают ли меня недолеченным, или, может быть, врачи выяснили безнадежность моего состояния и скрывают от меня это; возможны и другие тревожные состояния. Наличие у больного неразрешенных сомнений неизбежно приведет к конфликтной ситуации и отразится на эффекте лечения и эмоциональном состоянии других больных.

Тема 4. Влияние заболеваний на психику человека и его поведение

Понятие здоровья и болезни

Определить понятие болезни и здоровья ученые и медики пытались издавна. Со времен Гиппократа было множество точек зрения на этот вопрос. Болезнь и здоровье всегда воспринимались как два взаимоисключающих состояния, следовательно, плохое самочувствие и хорошее самочувствие логично рассматривать как два полюса, подходящих к любому из этих состояний. Понятие плохого и хорошего самочувствия носит чисто субъективный характер. Даже при серьезном заболевании человек может считать себя здоровым, так как он хорошо себя чувствует. Типичным примером может служить онкологическое заболевание, являющееся прогностически очень серьезной проблемой для всего организма, но не приносящее в начальной стадии никаких неприятных субъективных симптомов. Наоборот, плохое самочувствие может быть обусловлено разнообразными причинами, помимо соматической патологии. Кроме соматических, основными причинами плохого самочувствия можно считать социальные. К ним относятся семейные проблемы, любые нарушения коммуникации, взаимодействия личности с представителями социальной среды, в которой она обитает.

Понятие здоровья нужно рассматривать как состояние, к которому должны стремиться успешные лечебные воздействия, а также как цель постоянно предпринимаемых и пропагандируемых профилактических мер. Понятие психического здоровья включает в себя три основных аспекта: хорошее самочувствие, как физическое, так и душевное; самоактуализация, т. е. способность к саморазвитию, наличие самодостаточности; уважение к себе и окружающим, или чувство собственного достоинства. Все эти качества можно рассматривать как характерологические особенности личности с низким риском возникновения психического расстройства. Вероятность определяется не только преморбидными свойствами личности, но и экологическими, экономическими и социальными условиями жизни. «Вся жизнь – театр, а все мы в ней актеры». Уместность этой цитаты объясняется тем, что помимо объективных понятий здоровья и болезни существует не менее актуальное понятие роли здорового и роли больного. Роль подразумевает определенные ожидания общества от поведения данного индивида.

Роль здорового подразумевает, что человек в состоянии выполнять все возложенные на него окружающим обществом социальные функции и в перспективе брать еще и дополнительные. Роль здорового характеризуется нормальной работоспособностью, выносливостью, готовностью к выполнению возложенных функций. Роль больного подразумевает прямо противоположную ситуацию. В состоянии болезни человек претендует на повышенное внимание, заботу со стороны окружающих. Роль больного подразумевает, что возложенные на него прежде социальные функции должны быть переданы другому лицу или их выполнение должно быть приостановлено, так как роль больного включает в себя невозможность выполнения прежних действий в полном объеме.

Любое заболевание диагностируется на основе анализа клинических признаков (симптомов) и результатов проведенных обследований. Среди многообразия симптомов присутствуют признаки соматического неблагополучия, а также измененной реакции психики в результате заболевания. При ряде заболеваний, таких как нейроинфекции, разнообразные интоксикации, психические болезни, заболевания сосудов головного мозга, изменения психики обусловлены непосредственным воздействием на головной мозг. При других заболеваниях изменения психики и поведения будут обусловлены не поражением головного мозга, а изменившимися ощущениями со стороны других органов и систем. Общий механизм таких изменений принципиально одинаков. Нарушение привычной деятельности органов и систем в результате возникновения и развития соматического заболевания приводит к изменению нервной импульсации, поступающей от пораженного органа в головной мозг. В результате происходит изменение физиологических параметров высшей нервной деятельности, что и приводит к изменению психической деятельности пациента. Такие изменения не могут быть односторонними, им всегда сопутствует церебро-висцеральная связь. Взаимодействие по принципу прямой и обратной связи создает в конечном итоге целостную картину заболевания. Изменения в психическую деятельность человека вносит именно обратная связь. Реагирование на одинаковую болезнь или травму у разных личностей будет различным. Оно обусловлено разным осознанием болезни или травмы, предшествующим жизненным опытом, уровнем интеллекта и знаний в конкретной области и многими другими обстоятельствами. В практической деятельности врачу нередко приходится сталкиваться с несоответствием обилия предъявляемых жалоб и скудностью объективных данных. Все психологические особенности осознания больным своей болезни можно условно разделить на виды переживаний и реакций на заболевание. К ним относятся суждения пациента о начальных проявлениях болезни, особенности изменения самочувствия в связи с усугублением болезненных расстройств, в дальнейшем, на пути к выздоровлению и восстановлению здоровья – представления о вероятных последствиях перенесенного болезненного процесса для себя и окружающих, возможности продолжения привычной профессиональной деятельности и многое другое. Следует обратить внимание на то, что в центре переживаний больного находятся его субъективные ощущения, они занимают максимум его внимания и интересов. Они имеют несколько разновидностей:

1) сенситивный, подразумевающий ощущения соматического дискомфорта в виде общей слабости, болевых ощущений и других проявлений;

2) эмоциональный, выражающийся в надеждах на выздоровление, опасениях за неблагоприятный исход болезни, возможные осложнения;

3) волевой, характеризующийся отчетливым пониманием необходимости принятия мер к преодолению заболевания в результате обследования и активного лечения;

4) рациональный и информативный, выражающийся в потребности знать особенности своего заболевания, возможную длительность течения, вероятные осложнения, возможные варианты исхода: полное выздоровление, временная нетрудоспособность (краткая или длительная), инвалидность, смерть.

Перечисленным субъективным переживаниям соответствуют различные типы реагирования на возникшую болезнь. Они подразделяются на нормальные и аномальные.

Нормальные реакции:

1-й тип – склонность переоценивать значение отдельных симптомов и заболевания в целом;

2-й тип – реальная оценка своего состояния и дальнейших перспектив, совпадающая с мнением лечащего врача;

3-й тип – склонность недооценивать тяжесть и серьезность своего состояния в текущий период времени и возможности последствий и осложнений;

4-й тип – полное отрицание болезни в целом и каких-либо отдельных патологических симптомов в частности в результате отсутствия критики к своему состоянию или диссимуляции;

5-й тип – вытеснение из своего сознания явных угрожающих признаков заболевания в связи со страхом его неизвестных последствий.

Аномальные реакции:

1) астенический тип характеризуется повышенной утомляемостью, истощаемостью, несмотря на благоприятный исход болезни; пациента мучают сомнения, он боится повторения заболевания или перехода его в хроническую форму;

2) депрессивный тип характеризуется преобладанием чувства тревоги, тоски, растерянности, отсутствием надежды на выздоровление, в связи с чем утрачиваются побудительные мотивы к борьбе с болезнью;

3) ипохондрический тип характеризуется «уходом в болезнь», которая заполняет всю его жизнь, определяет интересы и помыслы, с ней связаны все его желания и стремления;

4) истерический тип характеризуется склонностью к фантазированию, искусной демонстрации воображаемых болезненных симптомов, сопровождающихся богатой мимикой, театральными жестами, стонами, криками. При этом больные охотно делятся своими переживаниями, красочно и подробно рассказывают об отдельных симптомах, они проявляют придирчивость по отношению к медицинскому персоналу, который обвиняют в недостаточном внимании, равнодушии и черствости по отношению к ним, несчастным страдальцам;

5) мозаичный тип является комбинацией из отдельных признаков, присущих другим типам. В разные периоды заболевания преобладает один из описанных выше видов аномальной реакции.

Одной из характерных особенностей аномальных реакций является их склонность к быстрому развитию и быстрому исчезновению. При психопатологических реакциях у

пациентов отсутствует критика к своему состоянию или присутствует, но в недостаточной мере.

Сочетание нормальных и аномальных типов реагирования в преломлении эмоциональных особенностей и социальных потребностей позволяет выделить три основных наиболее часто встречающихся варианта отношения к своему заболеванию.

Первый вариант расценивается как нормальная реакция на болезнь. Пациент адекватно оценивает свое состояние и дальнейшие перспективы, в связи с чем стремится выполнять назначенное лечение и обследование, интересуется полученными результатами. В действиях такого больного отмечаются целеустремленность, настойчивость, самообладание, стремление взять ситуацию под свой контроль.

Второй вариант является депрессивным типом аномальной реакции на болезнь. Больные этой группы растеряны, суетливы, пессимистичны, в поведении неуравновешены. Цели и задачи, прежде значимые для этих пациентов, уходят на второй план, свои неудовлетворенные потребности им иногда удается решать при помощи демонстрации своей беспомощности. Пациенты малоинициативны, интерес их к результатам своего обследования и лечения недостаточен, они не используют своих собственных резервных возможностей.

Третий вариант – истерический тип аномальной реакции на болезнь: больные пассивны, игнорируют существующие трудности, их настроение неустойчивое, поведение неровное. Контакт с окружающими затруднен вследствие частой непредсказуемой смены настроения. Пациенты долго и цветисто повествуют о своих болезненных переживаниях, нередко демонстрируя их.

Ятрогения

В целом ятрогении являются частным случаем психогении, т. е. заболевания, развивающегося вследствие психической травмы, в данном случае слова врача. В более узком смысле ятрогенией следует считать изменения психики человека под влиянием неправильного мнения, ошибочного высказывания врача. Таким образом, слово врача является серьезным оружием, способным как лечить, так и наносить вред здоровью. Человек, страдающий практически любым заболеванием, становится более восприимчивым и чувствительным к окружающим воздействиям, более подвержен отрицательным влияниям. Однако не все пациенты одинаково подвержены таким воздействиям. Имеют значение особенности личности человека. Наибольшая подверженность характерна для лиц тревожных, мнительных, впечатлительных, привыкших прислушиваться к своим ощущениям, с легко ранимой психикой. Поводом обычно служат неправильно понятые слова врача в сочетании с ярким впечатлением о болезни какого-либо другого пациента, сопровождающиеся чувством тревоги: вид тяжелобольного, рассказы очевидцев, чтение литературы о внезапном заболевании с трагическим исходом. Спустя непродолжительное время у такого впечатлительного больного появляются разнообразные неприятные ощущения, напоминающие, по его мнению, признаки того самого заболевания, о котором он узнал или наблюдал у другого человека. Если врачебным обследованием не подтверждаются его опасения, он начинает обращаться к другим докторам, будучи уверенным, что он болен. Если заболевания не находят и другие врачи, он может жаловаться в вышестоящие инстанции, требуя повторного обследования и назначения лечения. Иногда такие пациенты становятся «профессиональными жалобщиками», отнимающими массу времени у врачей и контролирующих организаций на поиски несуществующей болезни и ответы заявителю. Одновременно

такой пациент пытается самостоятельно разобраться в своем состоянии здоровья, пытается читать специальную медицинскую литературу, которую весьма нелегко понять человеку без медицинского образования, делает ошибочные выводы и на их основании пытается заниматься самолечением. Недостающие симптомы появляются в результате самовнушения, мнимые ощущения в конечном итоге приходят в систему, приобретают упорядоченность. На этом этапе больной может действительно производить впечатление истинно больного человека. Отсутствие понимания и сочувствия со стороны медицинских работников может вызвать снижение настроения, расстройство сна, аппетита, общего самочувствия. В таком состоянии действительно развиваются функциональные расстройства со стороны «больного» органа. При повседневном общении с пациентом большое значение имеет его степень внушаемости. Она может иметь положительное значение, так как легко внушаемый пациент лучше воспримет и запомнит советы, назначения и рекомендации. В других случаях внушаемость может сыграть злую шутку с врачом и пациентом в случае ошибочного мнения или опрометчивого высказывания доктора. Особенно часто ятрогенные влияния наблюдаются в ходе обследования при выявлении ранних проявлений той или иной болезни, когда больной уже обеспокоен изменениями в своем самочувствии и становится предрасположенным к вольным толкованиям своего меняющегося состояния. Тщательный анализ жалоб и переживаний больного позволяет лучше понять особенности его психической индивидуальности, найти более эффективные и приемлемые формы влияния на него. Этому способствует также исключение из употребления в присутствии больного терминов, не понятных для него, которые из непонятных могут превратиться в пугающие. Большое значение следует придавать анализу переживаний больного, ибо врач в результате непосредственного словесного контакта может получить материал, нередко превосходящий тонкостью наблюдения физические методы исследования. В самом начале контакта с больным врач должен укреплять положительные установки пациента, а не излишне сочувствовать ему и говорить о возможных тяжелых последствиях и длительности заболевания, неоправданно много и долго лечить, назначать большое количество препаратов с разнонаправленным действием, без особой необходимости выдавать листок нетрудоспособности, как бы перестраховываясь, вместо того, чтобы давать рекомендации по трудоустройству, исходя из психического и соматического здоровья. Особо следует отметить необходимость соблюдения аккуратности и осторожности при сообщении больному результатов обследования и установленного диагноза. Сообщение одного и того же диагноза разным пациентам носит сугубо индивидуальный характер с элементами театральности. Форма сообщения, слова, выражения, демонстрация собственного отношения врача к сообщаемому диагнозу должны зависеть от уровня интеллекта, образования, культуры, соматического и эмоционального состояния пациента. Наиболее неприемлемым, вредоносным вариантом считается медикоцентричное отношение к сообщению о диагнозе. Оно характеризуется сухой научной характеристикой свершившихся фактов. В этом случае врач выступает только как профессионал в одной конкретной своей узкой области знания, с небольшой натяжкой в этом случае его можно назвать просто ремесленником. Вредное влияние на больного могут оказать и рассуждения врача вслух, особенно если это касается дифференциально-диагностических вопросов. Он порой даже не может догадаться, какой вихрь вопросов и сомнений поднимает в голове больного замечание о том, с какими разнообразными болезнями может быть связан симптом, беспокоящий больного. Рассматривая аспект сообщения пациенту результатов его обследования, следует особое внимание уделить электрокардиографии, так как до сих пор этот метод диагностики остается одним из наиболее информативных в отношении состояния сердца, а оно является крайне важным органом, что известно любому, самому необразованному пациенту. В ряде исследований ведущих кардиологов отмечается, что неосторожное сообщение результатов электрокардиографии нанесло

не меньший вред, чем выявленные этим методом соматические проблемы. Распространенный в настоящей медицине диагноз «кардиальный невроз» нередко становится следствием нетактичных сообщений результатов ЭКГ особо мнительным пациентам. Больные с ипохондрическим складом личности порой скрупулезно коллекционируют результаты проведенных обследований, мнения различных специалистов, сравнивают их между собой и с результатами исследований других больных, пытаются самостоятельно делать выводы, чем наносят себе серьезный вред, концентрируя свои интересы на состоянии своего здоровья и проявлениях болезни. Мысль о возможной болезни сердца ужасает их особо, они просят, требуют повторных проведений электрокардиографии, а затем впадают в панику, услышав даже о незначительных отклонениях. Не имея медицинского образования, не зная медицинской терминологии, такие больные приходят к выводу о наличии у них серьезной болезни сердца, хотя объективно об этом нет и речи. Они требуют повторных ЭКГ-исследований и немного успокаиваются только тогда, когда удается обнаружить хотя бы минимальные отклонения в сторону ухудшения, так как этим подтверждаются их опасения, с которыми никто не хочет соглашаться. Трактовка рентгенологических исследований тоже имеет свои подводные камни. В большей степени это касается спорных заключений, которые в этом виде обследований встречаются довольно часто. Одна и та же картина может быть расценена как вариант нормы у одного пациента и как проявление патологии у другого, причем это не всегда ясно сразу. Рентгенологические данные всегда необходимо оценивать в сочетании с другими обследованиями, поэтому рентгенолог единолично не должен ставить диагноз и сообщать об этом пациенту. Характерным примером может служить следующий случай из педиатрической практики. Ребенку 2 лет было назначено рентгенологическое исследование легких в связи с длительно сохраняющимся кашлем после перенесенного бронхита. Рентгенолог детской поликлиники находился в отпуске, поэтому заключение делал рентгенолог, работающий с взрослым населением и утративший навыки изучения детских рентгенограмм. Его вердикт был однозначен: у ребенка диссеминированный туберкулез легких. К счастью или к несчастью, у матери ребенка было медицинское образование. К несчастью потому, что она сразу представила себе предстоящий объем и длительность лечения, последствия перенесенного столь серьезного заболевания в столь нежном возрасте для организма в целом и последствия влияния токсичных лекарственных препаратов, без которых невозможно добиться излечения этого заболевания. Такая ситуация могла привести к неправильному лечению ребенка с непредсказуемыми последствиями и невротическому расстройству со стороны матери. К счастью, мать не удовлетворилась заключением этого рентгенолога и стала искать возможность проконсультировать ребенка и проверить результаты обследования у специалиста, работающего в детском лечебном учреждении. Заключение гласило, что такой результат может быть вариантом нормы, что и подтвердилось дальнейшими клиническими наблюдениями.

Следует отличать от истинных ятрогенных влияний псевдоятрогению. Она встречается в тех случаях, когда больные, обладающие мнительным характером, склонные к фантазированию. В ряде случаев, не соглашаясь с мнением доктора, такой пациент утверждает о наличии противоположного мнения у его коллеги, хотя это не соответствует действительности. Необходимо осветить и такой аспект врачебной этики деонтология – раздел этики, как обсуждение, проверка и контроль мнений своих коллег по профессии. Врач, уполномоченный сообщить больному, что по его жалобе была проведена проверка, выявлены нарушения в действиях лечащего персонала, должен очень тактично строить свою беседу. Его задача – не только формально сообщить пациенту результаты своей работы, но и постараться не подорвать веру больного во врача, лечебное учреждение и медицину в целом. В случае врачебной ошибки или оплошности в большинстве ситуаций существуют

объективные причины, оправдывающие действия врача или хотя бы объясняющие их. Больной должен о них узнать из тактичного сообщения контролирующего специалиста. На состояние пациента, обратившегося за медицинской помощью, влияют многие обстоятельства, в том числе авторитет врача, его внешний вид, состояние кабинета врачебного приема, в который он попал, внешний вид медицинской аппаратуры, находящейся в поле зрения пациента. Но самое большое влияние оказывают слово врача, его поведение, манера и тон разговора. Нельзя переоценить силу влияния личности врача. В большинстве случаев манеру поведения доктора можно отнести к одной из двух, наиболее распространенных. Это тип добродушного, все понимающего и всепрощающего доктора и тип «профессора», который все знает, но очень далек от пациента в связи со своим особым социальным статусом. Атмосфера, в которой работает врач, может способствовать наилучшему контакту с больным и результативности лечения, а может препятствовать ему. В поведении врача имеют значение и его собственные мысли, переживания, настроения, не связанные с больным и лечебным процессом вообще. Однако нельзя допускать, чтобы больной зависел от личной жизни врача, в которой, как у любого другого человека, возможны разнообразные ситуации. Невротические черты личности препятствуют формированию доверительного контакта с больным и могут привести к ятрогенным влияниям. В поведении доктора важно все: манера одеваться, культура речи, соблюдение общепринятых правил приличия. Типичным примером может служить ситуация, когда уставший хирург после успешной операции, не задумываясь, выходит к ожидающим родственникам в окровавленном медицинском халате. Наиболее впечатлительных это может довести до обморока, хотя доктор пришел с хорошей вестью об успешной операции, но они-то сначала увидели устрашающий внешний вид и испугались, еще ничего не услышав. В шутках с больными доктор должен соблюдать особую осторожность и не шутить, даже если он привык к такой манере общения вообще, если он не уверен, что пациент понимает юмор. В большинстве случаев больные всерьез воспринимают каждое слово врача. Вполне понятно, что нередко возникают ситуации, в которых велико искушение сделать больному дерзкое или презрительное замечание. На этот момент врач должен забыть о том, что перед ним человек, с которыми у него равные права. Врач не имеет права на подобные заявления больному, так как такими высказываниями может не только свести на нет все лечебные воздействия, но и даже ухудшить состояние пациента по сравнению с исходным. Иногда поведение медицинского персонала может показаться нелогичным в отношении некоторых больных, что проявляется необоснованной симпатией или антипатией. Обычно это бывает результатом ассоциативных связей доктора с прежними событиями, не имеющими отношения к данному пациенту, что является в корне ошибочным. Таких нюансов в поведении врач должен избегать и не делать из случайного пациента козла отпущения, хотя врач – такой же обычный человек и ему не чужды все слабости и переживания. Вследствие постоянно высокой занятости врача является распространенной еще одна ошибка в поведении, когда он пытается отделаться от навязчивого пациента трафаретными, ничего не значащими фразами. Они подрывают авторитет врача, демонстрируя его формальное отношение к своему делу вообще и данному пациенту в частности. В случае большой занятости врач должен постараться объяснить это пациенту и назначить другое время для более подробного разговора. Еще Гиппократ в трактате о поведении врача говорил: «Все, что надо делать, делай спокойно и умело, чтобы больной мало замечал твои действия; думай только о больном, когда следует – ободри его дружеским и участливым словом; при необходимости – строго и твердо отклони его требования, но в другом случае окружи любовью и разумным утешением». Рассмотрим пример. Женщина 56 лет, склонная к депрессивным реакциям, приходит на прием к невропатологу, к которому была направлена терапевтом в связи с явлениями беспокойства, плаксивости, нарушениями сна. Около года назад ее стали беспокоить неопределенные боли в

области нижней части живота, доставлявшие больной выраженное беспокойство. Врач, к которому она обратилась, заявил, что подозревает саркому (один из вариантов злокачественной опухоли, трудно поддающейся лечению), поэтому необходимо срочное обследование. Больная прошла множество обследований, ни одно из них не подтвердило диагноз, но пациентка продолжала испытывать непреодолимый страх, что у нее возникнет неизлечимая онкологическая болезнь. Ошибка в поведении врача заключается в том, что он, не оценив особенностей личности пациентки, подверженной депрессивным состояниям, сразу сообщил ей о своих наихудших предположениях, хотя в этом случае, назначая тот же перечень обследований, обосновывать их для пациентки нужно было гораздо мягче, даже если врач действительно подозревал возможность столь серьезной болезни. И. П. Павловым в работах проводилась аналогия между словесными влияниями и физическими раздражителями. Он говорил о необходимости врачу соблюдать принцип стерильности слов. Известны случаи, когда больные из-за неосторожного слова врача или предсказания в отношении исхода болезни решаются на различные аутоагрессивные поступки, в том числе и суицидальные попытки. Слова врача – это не только инструмент общения, но и нередко своеобразное лекарство. Если больной говорит, что ему стало легче просто после разговора с доктором, мы имеем дело с квалифицированным специалистом, понимающим все стороны болезни. Сила словесного убеждения в некоторых случаях не может сравниться с действием самых эффективных медикаментозных препаратов, за произнесенные слова и действия больного, ими спровоцированные, несет полную ответственность врач. Неосторожные сообщения могут привести к прямо противоположному восприятию болезни. Глубокий такт, внимание к рассказу пациента, тщательное изучение особенностей его личности в большинстве случаев минимизируют возможности вредного влияния. Это относится не только к словесному общению между врачом и пациентом, но и к медицинской документации, которую ведет каждый врач в достаточно большом количестве. История болезни, амбулаторная карта, отдельные результаты обследований, выдаваемые больному на руки с определенной целью или попавшие к нему по неосторожности медицинского персонала, могут содержать сведения, непонятные больному и, следовательно, неправильно истолкованные. Неправильное толкование может быть направлено как в сторону усугубления имеющихся болезненных проявлений, так и в сторону утверждения, что у пациента все хорошо и нет необходимости в дальнейшем обследовании и лечении. Как сказано выше, варианты толкования зависят от особенностей личности больного. То же самое касается инструкций, прилагаемых к медикаментам. Их излишняя подробность может спровоцировать ипохондрические проявления у пациентов, склонных к ним. Фармацевтические компании, уважающие себя, считают необходимым указывать все возможные противопоказания и побочные эффекты, которые когда-либо случались в практике применения данного средства, даже если случай произошел однократно. Пациент, склонный к ипохондрии, мнительности, читая такую инструкцию, обязательно начнет выискивать у себя все перечисленные возможные отрицательные влияния и обязательно найдет какое-нибудь из них. Врач должен понимать, что должен знать не только, какая болезнь развивается, но и у какой личности происходят эти процессы. Это позволяет правильнее оценить прогноз и назначить адекватное лечение. Именно поэтому врач независимо от своей основной специальности должен знать основы психотерапии. Без знаний психотерапии лечение может в ряде случаев приобретать однобокий характер. Врач любой специальности должен понимать: самая важная его задача – не только вылечить конкретный недуг, но и научить человека быть здоровым. Вопросы ятрогении и деонтологии касаются не только врачей, но и фармацевтических работников, средний медицинский персонал. Между фармацевтами и посетителями аптек нередко возникают трения, отрицательно влияющие на процесс лечения. Больной приходит в аптеку не только за механическим получением лекарственных препаратов, но и за

советом, которого не хватило у врача, или за ответом на вопрос, который он забыл задать врачу, или уверен, что фармацевт в этом аспекте разбирается лучше. Ответы фармацевта будут влиять на ход лечения, отношение больного к своему состоянию и общий эмоциональный фон настроения. Фармацевт должен помнить, что общей картины состояния пациента он не знает, врачу известно больше, поэтому, если его мнение в назначении лечения в чем-то не совпадает с мнением доктора, он не должен высказывать этого больному. Нетактичное поведение работника аптеки может поколебать веру больного в своего целителя и привести, с одной стороны, к несоблюдению назначенного лечения, с другой – нанести психическую травму пациенту, который при ипохондрическом складе личности начнет сомневаться во всем: диагнозе, прогнозе, правильности лечения. Медицинские сестры в своем поведении в той или иной мере ориентируются на поведение врача, поэтому доктор должен быть примером для среднего медицинского персонала. Отрицательное влияние медицинской сестры на больного, вызванное ее действиями, словесными выражениями, поведением, называется сороригенным. Актуальность этого вопроса определяется тем количеством времени, которое медицинская сестра общается с пациентом. Медицинские сестры, точно и тщательно выполняющие назначения врача, нередко вызывают у больных чувство теплой привязанности. Для медицинской сестры недопустимо проявление нетерпения, раздражения при необходимости повторно объяснять одно и то же, резких действий, свидетельствующих о ее недовольстве, так как все это способствует усугублению чувства беспомощности и подавленности у больного, с которым она в это время работает и общается. На больного оказывают отрицательное влияние как нетактичное поведение медицинской сестры, холодность и официальность в обращении с больными, обусловленные во многих случаях недостаточным уровнем культуры, образования, так и излишняя фамильярность, панибратство. Медицинская сестра не должна делать выводов и заключений в тех областях, которые находятся не в ее компетенции, а тем более обсуждать назначения и мнение врача. По сути своей деятельности медицинская сестра является помощником врача, а не равноправным с ним специалистом. Со временем, приобретая большой практический опыт работы, медицинская сестра в ряде случаев может располагать знаниями почти на уровне врача. При доверительном контакте между доктором и его помощником они могут в некоторых случаях и на равных обсуждать проблемы, советоваться, принимать решения. Однако этот процесс должен оставаться сугубо между ними. Медицинская сестра должна всячески поддерживать авторитет лечащего врача, воздерживаться от критических замечаний в его адрес в присутствии больных и родственников, даже если она энциклопедически уверена в своей правоте. В случае установления хорошего доверительного контакта между медицинской сестрой и пациентом ей порой удается с легкостью сглаживать элементы бестактности, ненароком допущенные врачом. Банальные формальные фразы, которые чаще приходится слышать от медицинских сестер в силу их более тесного и длительного общения с больным, могут нанести неожиданный вред. Напомним, что одни и те же слова и выражения, сказанные в разных ситуациях в адрес разных людей, могут нести совершенно разную смысловую нагрузку, хотя говорящий каждый раз имел в виду одно и то же. Особенно этот факт значим при общении с больным перед операцией, когда он находится в состоянии тревожного ожидания, и ничего не значащих слов в этот момент для него не существует, а также при пробуждении от наркоза. В момент освобождения мозга от действия наркоза он не сразу начинает функционировать как прежде, об этом должны помнить медицинские работники, находящиеся рядом с больным в момент его пробуждения. Порой невозможно предположить, как будут им восприняты те или иные слова, поэтому то, что слышит пациент в данный момент, должно быть продумано говорящим. Информации должно быть минимальное количество, и она должна быть такой, которую трудно толковать двусмысленно.

Все ошибки в обращении с больными, оказывающие на них отрицательное влияние, можно объединить в несколько групп.

1. Несоблюдение основных правил ухода за тяжелыми беспомощными пациентами, в большинстве своем престарелыми. Больные старческого возраста нередко отличаются специфическим поведением людей, которое объективно могут раздражать медицинский персонал. Но нельзя забывать о том, что они такие же, что их особенности связаны с возрастом и болезнью и они имеют право на достойное обращение. Терпимость и выдержка являются обязательными качествами медицинской сестры при работе с такими пациентами.

2. Нарушения в корректном обращении с больными:

1) демонстрационное равнодушие в работе с больными служит одной из наиболее частых причин жалоб пациентов, причем объективные причины, спровоцировавшие жалобу, часто не столь значительны, чтобы изливать их на бумаге. Жалобы наверняка бы не было, если бы медицинская сестра своим поведением не демонстрировала больному, что ей на него наплевать;

2) несерьезное отношение к мелким жалобам и замечаниям пациентов тоже является ошибкой, так как вызывает в дальнейшем недовольство в еще большем размере;

3) излишняя официальность или чрезмерная фамильярность в обращении с больным. И то, и другое демонстрируют больному неуважение к его личности и могут усугубить либо депрессивные, либо агрессивные настроения с целью заставить себя уважать;

4) отсутствие внимания или навязчивое внимание. Невнимательное отношение со стороны одного члена лечащего коллектива может нанести урон авторитету всего учреждения, а восстановить его гораздо труднее, чем поддерживать. Излишнее внимание к одному из пациентов в ущерб другим дает почву для сплетен самого разнообразного характера, хотя может и не иметь под собой никаких реальных оснований и обусловливаться состоянием больного, требующего более пристального внимания.

3. Поучения и наставления не являются обязанностью медицинской сестры, и она должна избегать искушения заниматься излишними нравоучениями, провоцировать разговоры по душам, которые больному могут оказаться совсем ни к чему в данный момент.

4. Агрессивность со стороны среднего медицинского персонала. Она может быть открытой и скрытой. Типичным примером служит постоянное держание в страхе и напряжении беспомощного больного, так как он не уверен в том, что его насущные требования будут выполнены. Такая сестра долго тянет время, прежде чем принести судно, а когда, наконец, приносит, то сопровождает это грубыми замечаниями; введение назначенных обезболивающих препаратов задерживает, мотивируя тем, что больных много и она не успевает; медицинские манипуляции производит так, чтобы причинить больному не минимум, а максимум страданий. Такой стереотип поведения свидетельствует о нарушении психологического равновесия в личности медицинской сестры, который нужно корректировать.

5. Предоставление советов. Медицинская сестра должна четко представлять себе, что входит в сферу ее компетенции, а что нет, а также то, что она отвечает за произнесенные слова, в том числе и разнообразные советы и рекомендации, о которых, возможно, никто не просил. Давать советы – это целое искусство, здесь должен действовать принцип «не навреди». Поэтому давать советы в области знаний,

выходящей за пределы компетенции медицинской сестры, является ошибкой, способной иметь сорирогенное влияние. Если медицинская сестра сомневается, как правильно ответить на вопрос пациента, самым верным является ответ, что она посоветуется с врачом. Такой ответ продемонстрирует, что врач и сестра работают во взаимосвязи и взаимной поддержке, а также будет способствовать укреплению врачебного авторитета.

Встречаются ситуации комбинированного ятрогенного и сорогигенного вредного воздействия на пациента. Обычно это происходит в случае, когда больной узнает о разногласиях между врачом и сестрой, или, что еще хуже, врач и медицинская сестра начинают обсуждать свои разногласия в присутствии больного. Такие действия с их стороны подрывают веру больного в эффективность всего лечебного процесса.

В целом доля вреда, наносимая ятрогенными влияниями, невелика по сравнению с другими вредными воздействиями, которым подвергаются пациенты. В большинстве случаев последствиями ятрогенных влияний являются элементы депрессии, различные невротические реакции, реже – развитие психосоматической патологии, сопровождающиеся чувством подавленности, страха, беспокойства. Ятрогенные влияния могут провоцировать функциональные изменения со стороны того органа, о котором больной проявляет наибольшее беспокойство, что в худшем случае приводит к психосоматической патологии.

Тема 5. Типы темперамента

Характеристики темпераментов определяются особенностями нервной системы. И. П. Павловым было выделено три ведущих свойства нервной системы, разнообразное сочетание которых определяет тип темперамента. К таким свойствам относятся сила, подвижность и уравновешенность процессов возбуждения и торможения. У сангвиника живой тип нервной системы, нервные процессы характеризуются силой, подвижностью и уравновешенностью. У холерика тип нервной системы нейрофизиологи называют безудержным, нервные процессы его сильны, подвижны, но не уравновешены. Флегматика характеризует инертный тип нервной системы, нервные процессы его сильны, уравновешены, но инертны. У меланхолика тип нервной системы относится к слабым, нервные процессы его слабы, не уравновешены, могут быть подвижными или инертными. Таким образом, наиболее гармоничным темпераментом можно считать темперамент сангвиника, чуть менее гармоничным – флегматика. Самым неудачным темпераментом с точки зрения адаптации к окружающей действительности является меланхолический темперамент.

Мнения врачей и ученых о том, какие проявления поведения и психических процессов являются проявлениями определенного темперамента, неоднозначны. Поэтому следует рассмотреть те проявления, в отношении которых большинство исследователей едины в своих мнениях. К ним относятся активность и эмоциональность, многие добавляют темп и пластичность. Кроме того, указанные свойства необходимо рассматривать в зависимости от сферы проявления. Таких сфер в настоящее время выделено две: предметная, характеризующаяся взаимодействием с окружающей физической предметной средой, и социальная, характеризующаяся взаимодействием в социуме, в котором существует данный индивид.

Активность характеризует ту степень напористости и энергичности, с которой человек воздействует на окружающую его действительность. Ею определяются способности конкретного человека преодолевать препятствия для достижения поставленных целей, умение концентрироваться и сосредотачиваться. Основными внешними проявлениями активности являются упорство в достижении поставленной цели и четкая целенаправленность деятельности.

Эмоциональность подразделяется на эмоциональную возбудимость и эмоциональную лабильность. Возбудимость характеризуется эмоциональной восприимчивостью, критерием которой является наименьшая сила воздействия, необходимая для формирования эмоциональной реакции. Лабильность характеризуется той скоростью, с которой эмоциональная реакция наступает или прекращается. Лабильностью определяется быстрота замены, вытеснения одних переживаний другими, возникшими позже.

Темп происходящих реакций является одной из наиболее внешне заметных характеристик, так как определяется скоростью происходящих психических реакций, в том числе процессов запоминания, скоростью речи, быстротой физических движений и другими скоростными характеристиками.

Пластичность определяется способностями индивида гибко приспосабливаться к изменившимся условиям его жизни в результате изменения собственных подходов к решению постоянно возникающих проблем. Некоторые авторы вместо этого понятия используют термин «ригидность», которым характеризуются противоположные способности человека, т. е. степень его косности и консерватизма в подходе к постоянно меняющимся условиям существования.

Помимо указанных характеристик многие ученые используют и другие: сенситивность, реактивность, соотношение активности и реактивности, а также экстраверсия, интроверсия.

Сенситивность характеризуется общей чувствительностью индивида, т. е. силой наименьшего воздействия, приводящего к какой-нибудь (любой) психической реакции.

Реактивность иногда называют импульсивностью. Она характеризуется степенью непроизвольности реакции на любые внешние или внутренние раздражители: громкий звук, неожиданную угрозу, грубое слово, обидное выражение и др.

Соотношение активности и реактивности определяется тем, какая регуляция внешней деятельности преобладает у данного индивида – осознанная или неосознанная. Это соотношение определяет, чем в большей степени определяется деятельность человека – достижением продуманных целей, осуществлением далеко идущих планов или настроением, капризами, эмоциями. Считается, что чем выше у человека степень реактивности, тем он менее активен в своей повседневной деятельности.

Соотношение экстраверсии и интроверсии определяется тем, от чего зависят реакции человека на внешние воздействия. Если основную роль играют внешние впечатления, возникшие здесь и сейчас, речь идет об экстраверте, если основными являются мысли, переживания, разнообразные эмоции от того, что произошло в прошлом и ожидается в будущем, перед нами интроверт. Внешне экстраверт отличается от интроверта большей потребностью в общении и стремлении к этому, демонстрацией своей доступности для общения. У интроверта эти качества имеют прямо противоположный характер. Соотношение интроверсии и экстраверсии иногда называют социабельностью. Для описания внешних проявления того или иного варианта темперамента основное значение имеет сочетание вышеописанных черт. Следует заметить, что темпераменты в чистом виде, классическом варианте встречаются редко, чаще имеет место преобладание какого-либо одного типа темперамента с небольшим количеством черт, характерных для других темпераментов.

Сангвиника внешне характеризуют высокая активность, быстрота движений, богатство мимики, высокая эмоциональная возбудимость и лабильность. Несмотря на эмоциональную возбудимость, переживания сангвиника редко бывают глубокими. В случае дефектов в воспитании к этим характеристикам присоединяются поверхность мышления, неумение сосредотачиваться, поспешность в выводах и решениях.

Для холерика также характерны высокая активность и энергичность, выраженность эмоциональных переживаний. По сравнению с сангвиником они будут более глубокими, двигательная активность его тоже высока, но является более резкой и стремительной, мимические движения богаты, разнообразны, но они резче, чем у сангвиника.

Флегматика внешне характеризуют относительно низкая активность в поведении, медлительность и спокойствие во всех действиях, мимика его менее богата, иногда вяла. Флегматика характеризует глубина эмоциональных переживаний, внешне сдерживаемая, настроение его не подвержено резким переменам. При дефектах в воспитании его черты могут неудачно трансформироваться в вялость, апатичность, эмоциональное оскудение.

Для меланхолика характерны весьма низкий уровень активности, тихая медленна речь, скудность мимики. При внешне слабом и сдержанном выражении меланхолика отличают глубина эмоциональных переживаний, их инертность. При неправильных воспитательных влияниях у меланхолика развиваются чрезмерная болезненная эмоциональная ранимость, стремление к изоляции от окружающей действительности, отчужденность, склонность к излишне болезненным переживаниям тех событий, которые не имеют столь выраженного реального значения.

На особенности темперамента необходимо ориентироваться при выработке стиля воспитания, обучения, профессиональной ориентировке. Темперамент не бывает плохим или хорошим, психолог должен понимать, какой темперамент у данного индивида, и правильно использовать эти сведения.

Тема 6. Понятие о личности, ее основных характеристиках и функциональных

Личность является центральным объектом изучения психологии и не только этой науки. Понятие «личность» можно определить как продукт социального развития определенной исторической эпохи в виде конкретного человека с индивидуальными биологическими и социально обусловленными свойствами и качествами психики. Отдельные свойства личности принято называть ее чертами, они могут подвергаться изменениям под воздействием условий жизни, воспитания, различных соматических или психических заболеваний. Направленностью личности называют комплекс взглядов, убеждений, стремлений, руководящих активными действиями данного конкретного индивидуума, нацеленных на достижение конкретных близких и отдаленных целей. Формами направленности личности являются влечения, желания, интересы, склонности, идеалы, мировоззрение, высшей формой являются убеждения. Качествами направленности личности являются уровень, широта, интенсивность, устойчивость, действенность. Уровнем называется социальная значимость направленности, широтой называется разнообразие направленности, при неблагоприятном развитии может переходить в разбросанность. Интенсивность может быть весьма различной и колебаться от тотального безразличия до ярко выраженной страсти. Действенность зависит от активности характера.

Формы направленности личности

Самые простые – это влечения и желания. В основе влечения лежит деятельность на уровне основных инстинктов, присущих и высшим животным, и человеку. Отличием от животных являются их иное содержание и способы удовлетворения. Влечение, оформленное в сознании в виде уточнения путей и способов его удовлетворения, превращается в желание. Интерес является специфической направленностью личности познавательного характера на окружающие предметы и явления. Объект интереса имеет эмоциональную окраску. При небольшой степени активности интерес будет иметь преимущественно созерцательный характер, при значительной активности интерес побуждает к действию и становится склонностью. Не существует человека, которому не присущи интересы. Они отличаются по широте, устойчивости и другим качествам. Широта интересов подразумевает, что среди них есть один или несколько основных, что способствует концентрации воли и достижения определенных успехов. Идеалом является высшая цель сознательных активных устремлений личности. Человеку свойственно воплощение своих идеалов в конкретные жизненные образы. Идеалы имеют значительное воспитательное значение, хотя самовоспитание зависит еще и от волевых свойств конкретного человека. Мировоззрением называется система взглядов конкретного индивидуума на окружающую действительность. Мировоззрение определяется духом времени, конкретной исторической эпохой и свойственным ей общественным сознанием в контексте воспитания в конкретной семье. Убеждения, являющиеся высшей формой направленности, определяются стремлением к реальному осуществлению существующего мировоззрения.

«Характер» в переводе с греческого означает «примета», «признак». Характер – это сочетание наиболее устойчивых особенностей главных свойств личности, которые проявляются в поведении человека и его отношении к окружающей действительности и самому себе. Характер не является свойством личности, он является внешним проявлением большинства компонентов, определяющих понятие «личность». К. К. Платоновым четко сформулировано соотношение понятий «личность» и «характер»: «Все черты характера являются чертами личности, но не все черты личности являются чертами характера». Проявления характера можно видеть в следующих аспектах:

1) отношение личности к другим индивидам и социуму в целом (коллективизм или индивидуализм, эгоизм; гуманность, чуткость или человеконенавистничество, жестокость и черствость; правдивость или лживость);

2) отношение к процессу труда (трудолюбие или склонность к лени; аккуратность или небрежность; бережливость или расточительность; стремление к нововведениям или консерватизм);

3) отношение к самому себе (высокая требовательность или самоуспокоенность; скромность или высокомерие; застенчивость или чрезмерная самоуверенность; самокритичность или некритичность по отношению к себе; чувство собственного достоинства или недооценка себя);

4) наличие и проявление волевых качеств (целеустремленность или отсутствие определяющих целей в жизни; самостоятельность, решительность или постоянная неуверенность в собственных действиях; способность или неспособность довести начатое дело до завершения; выдержка, самообладание или несдержанность в проявлении эмоций и чувств; смелость или трусость; дисциплинированность или неспособность подчинить свои желания правилам общежития). Характер не является раз и навсегда устоявшейся величиной, он может подвергаться изменениям в течение жизни под влиянием окружающей действительности и возрастных особенностей.

Акцентуации характера. В современной психологии обычно используется определение этого понятия, данное А. Е. Личко: «Акцентуации характера – это крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей, даже повышенной устойчивости к другим». Акцентуации бывают явными и скрытыми. Определение акцентуации, данное А. Е. Личко, больше подходит к явным акцентуациям, так как они являются крайним вариантом нормы, срытые акцентуации являются обычным вариантом нормы. Скрытая акцентуация проявляется явно при разнообразных психотравмирующих ситуациях и исчезает по мере разрешения ситуации. Проявления явной акцентуации идут на протяжении всей жизни, а при появлении психотравмирующего события наступает декомпенсация.

Психопатии относятся к патологии характера. Для утверждения, что данный характер является патологическим, необходимо соблюдение трех условий: проявления дезадаптации, стабильность этих проявлений, их тотальность. По причине возникновения психопатии подразделяют на конституциональные, приобретенные и органические. При конституциональной форме решающий вопрос относится к наследственным факторам, среди них чаще встречаются циклоидные, эпилептоидные, шизоидные. Приобретенные психопатии развиваются под влиянием неправильного воспитания, отрицательного воздействия внешней среды, они бывают истероидными, возбудимыми, неустойчивыми. Органические психопатии развиваются в первые 2–3 года жизни под воздействием факторов, отрицательно влияющих на головной мозг, таких как интоксикации, инфекционные заболевания, черепно-мозговые травмы. Учитывая то обстоятельство, что психопатии и акцентуации характера можно считать разными степенями проявления одного и того же процесса, для них существует единая классификация. Различают следующие варианты психопатий: гипертимная, циклоидная, лабильная, астено-невротическая, сенситивная, психастеническая, шизоидная, эпилептоидная, истероидная, неустойчивая, конформная. Кроме указанных типов, возможны смешанные варианты. Охарактеризуем некоторые из них, наиболее часто встречающиеся.

Гипертимная, или возбудимая, психопатия. В этом случае преобладающим патологическим компонентом является дефицит активного торможения, что проявляется в явном несоответствии силы раздражителя и реакции на него. Бурную эмоциональную реакцию может вызвать любой пустяк, который при отсутствии психопатии может вообще не вызвать никакой реакции. В случае возникновения конфликтной ситуации такие люди ведут себя крайне несдержанно, могут громко кричать, размахивать руками, склонны к агрессивным проявлениям в адрес противоположной стороны конфликта. Крайние проявления такой психопатии могут выражаться в самоповреждении в пылу ссоры или спора. Внимание у таких личностей неустойчиво, если у них возникает необходимость в длительном скрупулезном выполнении монотонной работы, они начинают испытывать беспокойство, дискомфорт, внутреннее волнение, такая работа им не по плечу. Возбудимые психопаты, не задумываясь, могут сделать язвительное замечание в адрес любого, но будут очень обижены, получив подобное замечание в свой адрес.

Астено-невротическая психопатия характеризуется слабостью и истощаемостью процессов возбуждения и торможения. В общении такие люди характеризуются робостью и застенчивостью, могут быть малодушны и трусливы. Любые жизненные трудности выводят такого психопата из равновесия, он не способен прилюдно защищать свои интересы, так как боится выглядеть смешным в результате неудачного выражения своих мыслей. Такие люди склонны к уединению, переживают и оплакивают свои неудачи в одиночестве, отказавшись от борьбы. В домашней обстановке такой человек может быть тираном, требуя от близких беспрекословного

выполнения своих прихотей, как бы компенсируя неудачи в других сферах жизни. При возникновении соматической патологии такие личности склонны уходить в болезнь, требуя к себе повышенного внимания и опеки окружающих. В таком состоянии они чувствуют себя комфортнее. Любое более или менее серьезное заболевание у такого человека неминуемо приведет к инвалидности.

Истероидная психопатия характеризуется эгоизмом и эгоцентризмом личности. Таким личностям жизненно необходимо находиться в центре внимания, во всем быть главными, независимо от мнения окружающих и даже вопреки нему. Для них характерно своеобразное выпукло-рельефное непосредственное восприятие действительности. Все их поведение носит черты театрального представления, они постоянно играют на публику, женщин отличает кокетливость. Знания таких людей редко бывают глубокими, суждения и умозаключения обычно зависят от внешнего эмоционального фона. Если психопат испытывает чувство симпатии к кому-либо, то будет преувеличивать его достоинства, и, наоборот, если испытывает антипатию, то будет высказываться отрицательно о любом действии такого лица. Попытка получить разумный совет от такого человека не приведет к желаемому результату, хотя внешне это будет выглядеть совсем иначе. Истероид сделает глубокомысленный вид, задумается, а потом с серьезным видом авторитетным тоном будет изрекать банальные истины, пытаясь создать ощущение, что оказывает значительную услугу. Не умея аргументированно спорить, такие люди в споре уклоняются от обсуждаемого предмета, переходя на личности. У части истерических психопатов отмечается избирательность запоминания событий. Малозначительные события могут глубоко врезаться в память, тогда как существенные события остаются без внимания. В результате этого их поступки продиктованы не объективной необходимостью, а аффективной логикой. Действия их подчинены надуманным выводам, а не рациональной оценке, настроение значит для них больше, чем убеждение. Лживость и фантазирование свойственны истероидным психопатам. В выдуманных образах для них воплощается желаемое: они командуют окружающими, подчиняя себе всех, находясь всегда в центре любого события. Вживаясь в собственные фантазии, они иногда начинают воспринимать их как реальность. В общении с окружающими такие личности бывают вкрадчивыми, обворожительными, капризными, стремятся к достижению своих целей любой ценой. Для этого могут использовать лесть, унижение, изворотливость, ложь, легко поступаются своими моральными принципами. К людям, препятствующим достижению их целей, относятся жестоко, мстительно, могут беспричинно унижать. Нервная система таких психопатов не отличается силой, но для достижения поставленной цели они могут сконцентрироваться, развить бурную целенаправленную деятельность, быть настойчивыми. Попытка окружающих указать на недостатки приводит к бурному проявлению несогласия в виде гнева, угроз. Вегетативная нервная система реагирует на происходящее в виде блеска в глазах, покраснения лица пятнами, дрожи в руках, что нередко производит впечатление на окружающих. Если поддержки со стороны окружающих нет, психопат переходит к пассивно-оборонительной реакции, закатывает истерики, стремясь вызвать сочувствие к себе. Истероиды не в состоянии выдерживать длительное напряжение в отношениях, поэтому спустя непродолжительное время пытаются любыми путями наладить отношения, снова поступаясь собственными принципами и убеждениями. Могут просить извинения, унижаясь и заигрывая, но без свидетелей. На людях продолжают демонстрировать свое превосходство и неприязнь, даже подчеркивая его. Истерическая психопатия нередко сопровождается физическими недостатками, чаще в виде эндокринных нарушений (инфантилизм, диэнцефальный синдром).

Характерные изменения психических процессов и личности при различных психических заболеваниях

Любое психическое заболевание проявляется нарушением психической деятельности. Возникновение большинства психических заболеваний обусловлено эндогенными факторами, к которым относятся конституционально-генетические особенности.

Шизофрения

Для лучшего понимания особенностей психических процессов при данной патологии необходимо рассмотреть перевод с греческого самого названия болезни: шизо – «расщепляю», френио – «душа». Основные изменения личности при шизофрении характеризуются склонностью к интровертированности прогрессирующего характера, эмоциональной обедненностью, снижением общей активности, а также разнообразными искажениями психических процессов. На современном этапе медицинской науки выделяют 3 формы шизофрении:

1) непрерывно текущая;

2) приступообразно-прогредиентная (или шубообразная);

3) рекуррентная, являющаяся наиболее благоприятной в прогностическом плане.

Главными характерными симптомами, необходимыми для диагностики шизофрении, являются нарушения мышления и эмоционально-волевой сферы, они будут рассмотрены ниже. Кроме них, существуют позитивные симптомы, которые указаны в той последовательности, в которой они нарастают при непрерывно текущей шизофрении:

1) неврозоподобные;

2) аффективные;

3) психопатоподобные;

4) галлюцинаторные явления;

5) параноидный бред, он же бред преследования;

6) онейроидные помрачения сознания – переживания, содержащие яркие фантастические образы, но не отражающиеся в поведении;

7) парафренный бред, он же бред величия, сопровождающийся разорванностью мышления;

8) гебефренные, выражающиеся в неадекватном глупом возбуждении при разорванном мышлении и чрезмерно радостном настроении; кататонические – такие психические расстройства, при которых наблюдаются двигательные нарушения, проявляющиеся в ступорозном состоянии или кататоническом возбуждении.

Указанная последовательность не характерна для шубообразной шизофрении.

Нарушения эмоционально-волевой сферы больного шизофренией проявляются в эмоциональном отуплении, появлении и нарастании безразличия ко всему, что ранее являлось значимым для индивида. Пациент утрачивает интерес к членам своей семьи, окружающим людям и явлениям, его эмоциональные реакции характеризуются однообразием, а в дальнейшем – неадекватностью. Волевые процессы при

шизофрении также подвержены болезненным нарушениям и характеризуются снижением способности к волевому усилию (вплоть до полного безволия). Если в результате лечения удается добиться возрастания способностей к волевому усилию, это свидетельствует о правильно выбранной тактике лечения. Из всех больных шизофренией нетрудоспособными являются около 60 %.

Нарушения процессов мышления. Мышление при шизофрении в большинстве случаев заболеваний характеризуется сохранностью формально-логических связей, основным нарушением становится искажение процесса обобщения, в результате чего появляется большое количество случайных ассоциаций на основе весьма общих связей. Для пациента, страдающего шизофренией, характерно нарушение способностей актуализации сведений прошлого опыта. При проведении эксперимента больные шизофренией испытывают больше затруднений при опознании стимулов, являющихся более ожидаемыми, чем те, которые являются менее ожидаемыми. Такие больные не могут выделить существенно значимые связи между предметами и явлениями, но и не пытаются применять незначительные ситуационно обусловленные признаки. Их мышление следует по пути актуализации чрезмерно общих признаков, часто основанных на случайностях. При изучении мышления больного шизофренией необходимо использование методик, в которых от больного требуются исключение или классификация предметов. Пациенты производят обобщение, основываясь на личных пристрастиях, случайных признаках, обычно предлагают несколько вариантов решения задачи, при этом затрудняясь отдать предпочтение какому-либо из них. Описанные особенности мышления можно отнести к его разноплановости. Искажение процесса обобщения обычно не является изолированным явлением, а протекает совместно с нарушением критичности и последовательности. Наиболее ярко эти явления можно проследить, оценивая способности пациента к чувству юмора. Рассматривая картинки явно юмористического характера, они не считают их смешными, а изображения иного плана, не являющиеся юмористическими, по мнению здоровых людей, вызывают смех у больного шизофренией. Аналитико-синтетическая деятельность мышления у таких пациентов тоже обычно нарушается, что ярче выявляется при использовании методики пиктограмм. Больные оказываются неспособными выбирать образы, соответствующие содержанию понятия, пытаются соотносить такие образы и понятия, в которых здоровые люди не усматривают ничего общего. Резонерство также является частым нарушением мышления при шизофрении, оно проявляется в том, что больные стремятся к значительным обобщениям по поводу очень мелких объектов суждения. Соскальзывание проявляется в таком неожиданном изменении хода мысли пациента, когда он вдруг неожиданно переходит на ложные суждения. Характерно, что присутствие явлений соскальзывания не имеет зависимости от истощаемости, сложности умозаключений. В итоге отметим, что при шизофрении нарушения затрагивают в основном процессы мышления.

Психологическая помощь

Психологическая коррекция

Психологическая коррекция является направленным психологическим воздействием на определенные психологические структуры для обеспечения всесторонне эффективной и полноценной жизнедеятельности человека в данный момент и в дальнейшем, симулирования способности к развитию. Данный термин появился в 1970-е гг. В этот момент активно развивалась психотерапия, особенно групповая. Актуализировался вопрос, имеет ли право психолог заниматься психотерапевтической деятельностью, так как само название подразумевало лечебное воздействие. Однако на практике психологи успешно занимались

психотерапией, так как были в то время более подготовлены к такого рода деятельности, особенно к работе в группах. Но по закону лечебной практикой имеет право заниматься только специалист, имеющий высшее медицинское образование, поэтому введение термина «психологическая коррекция» было направлено на преодоление юридических проблем: врач воздействует на психологическое состояние пациента, он занимается психотерапией. Были введены, но не являются столь же распространенными термины «неврачебная психотерапия», «внеклиническая психотерапия», «психологическая психотерапия». За рубежом для обозначения деятельности психолога в области психотерапии употребляется термин «психологическая психотерапия», в России – «психологическая коррекция». Вопрос о соотношении терминов «психотерапия» и «психологическая коррекция» в настоящее время до конца не решен, существуют два взгляда на эту проблему.

Один из них признает полную идентичность данных понятий, но при этом не делается акцент на то, что психологическая коррекция используется не только в медицине. Не менее широкое применение психологическая коррекция нашла в педагогике, а также в некоторых других отраслях человеческой деятельности. Простое человеческое общение может содержать в себе психологическую коррекцию. Другой взгляд на эту проблему базируется на том, что психологическая коррекция в основном должна заниматься психопрофилактикой на всех ее этапах. Однако на практике имеет место более широкое применение психологической коррекции в медицине. Такая трактовка термина психологической коррекции подходит в отношении соматических заболеваний, а в области невротических расстройств полностью отделить друг от друга понятия «психологическая коррекция» и «психотерапия» не получится, так как при правильном подходе к лечению невроза они будут являться звеньями одной цепи. Кроме того, в настоящее время развивается восстановительная медицина, которая в комплексе восстановительного лечения любых заболеваний использует подход, учитывающий в этиологии и патогенезе наличие всех факторов (биологического, психологического и социального), каждый из которых нуждается в своих отдельных лечебных или корректирующих воздействиях. Если психологический фактор при данном заболевании является этиологическим, то воздействие на него ближе к психотерапии как части лечебного воздействия. Соотношение психологической коррекции и психотерапии можно определить только индивидуально при каждом конкретном заболевании. Доля психологического фактора в этиологии и патогенезе конкретной нозологии определяет использование соответствующих методов психологической коррекции, направленных на решение лечебных (психотерапевтических) задач, и дает возможность рассматривать методы психологической коррекции как методы психотерапии.

Мнение о том, что психологическая коррекция должна заниматься только психопрофилактикой, не соответствует существующему положению и потому, что психологическая коррекция является лишь одним из методов психопрофилактики, хотя и широко распространенным.

Помимо понятия «психологическая коррекция», существует термин «психологическое вмешательство». Оба подразумевают целенаправленное психологическое воздействие. И психологическая коррекция, и психологическое вмешательство используются в различных областях человеческой деятельности. И то и другое выполняет задачи профилактики, лечения (психотерапии) и реабилитации. Таким образом, можно считать эти понятия идентичными по своей сути. Следовательно, психотерапия является одной из функций психологической коррекции или психологического вмешательства.

Психологическое консультирование

Понимание этого термина также неоднозначно. Консультирование может быть школьным, семейным, профессиональным, организационным и включать в себя следующие аспекты: психологические, социально-психологические, связанные с межличностным взаимодействием, психологическими моментами управления. Психологическое консультирование – это деятельность профессионального психолога, направленная на оптимизацию психической активности консультируемого, преодоление его неприятных психических состояний, психологических затруднений, помощь в организации его самовоспитания. Психологическое консультирование и психотерапия очень близки по своей сущности, решаемым задачам и применяемым методам. Основное отличие состоит в том, что психологи нацелены на активизацию имеющихся ресурсов у пациента, а психотерапевты стремятся привести пациента к переменам в его личности. Психологическое консультирование и психотерапию можно рассматривать как этапы одного и того же процесса. Психолог консультирует, информирует, объясняет, а психотерапевт предлагает методы коррекции при недостатке собственных активизированных ресурсов. На первом этапе общения с пациентом психолог должен отдифференцировать сильные и слабые его стороны, направлять свою деятельность на развитие сильных сторон личности и исправление слабых. При использовании метода психологического консультирования акцент делается на личную ответственность клиента за ход собственной жизни.

Основные методические подходы к психологическому консультированию:

1) проблемно-ориентированные, направленные на анализ внешних причин проблемы и поиск путей их устранения;

2) личностно-ориентированные, направленные на анализ причин возникновения проблемных и конфликтных ситуаций, базирующихся на личностных особенностях, и путей разрешения и предотвращения их в будущем;

3) метод выявления и активизации скрытых ресурсов для решения проблемы.

Четкого разделения между понятиями «психологическое консультирование» и «психотерапия» выявить не удается. Психологическое консультирование находит применение и в медицине (например, беременных или пациентов с соматическими заболеваниями, обратившихся за помощью по поводу личных проблем, не зависящих от их заболевания).

Между психотерапией и психологическим консультированием больше сходства, чем различий. Оба метода используют психологические средства воздействия; выполняют функции лечения, профилактики, реабилитации и развития; имеют сходные цели (достижение позитивных изменений в эмоциональной и поведенческой сферах личности); опираются на научные психологические теории; осуществляются специалистами, имеющими на это право в соответствии с образованием.

Подобно психотерапии, психологическое консультирование может иметь в своей основе различные теоретические подходы (психодинамический, поведенческий, гуманистический). Вне зависимости от теоретической ориентации выделены следующие основные задачи психологического консультирования:

1) эмоциональная поддержка и внимание к переживаниям клиента;

2) расширение сознания и повышение психологической компетентности;

3) изменение отношения к проблеме (из тупика к выбору решения); 4) повышение стрессовой и кризисной толерантности;

5) развитие реалистичности и плюралистичности мировоззрения;

6) повышение ответственности пациента и выработка готовности к творческому освоению мира.

Этапы психологического консультирования

1. Проблема существует, но не осознана консультируемым. Сам пациент может понимать, что существует некая проблема, но не понимать, какая, или вовсе не понимать, что у него есть проблема. В этом случае он попадает к психологу не по собственному желанию, а по настоятельным просьбам или требованиям окружающих.

2. Осознание совершилось в результате работы с психологом и собственных наблюдений, но желание что-то предпринимать еще не появилось.

3. Этот этап можно охарактеризовать русской пословицей: «Капля камень точит». Под постоянным напором окружающих пациент осознал, что без постороннего психологического вмешательства ему не обойтись.

4. Этап активных действий. Пациент прилагает максимум сил, времени и денег, чтобы добиться решения проблемы.

5. Этап сохранения и поддержания достигнутых результатов.

Описанные этапы могут протекать по-разному. Можно выделить четыре варианта течения:

1) стабильный: пациент длительно задерживается на каждом этапе;

2) прогрессирующий: пациент стремительно и целенаправленно продвигается от одного этапа к другому; 3) регрессный: пациент неожиданно возвращается к более раннему этапу,

4) рециркулирующий: наблюдается смена прогрессирующего варианта на регрессный, и наоборот.

К техническим этапам психологического консультирования и психотерапии относятся:

1) установление контакта, необходимого для профессионального консультирования;

2) предоставление клиенту возможности выговориться (иногда возможность рассказать о своих переживаниях ведет к тому, что человек начинает по-другому видеть проблему и находит самостоятельно методы для ее решения);

3) предоставление клиенту эмоциональной поддержки и информации о позитивных аспектах его проблемной ситуации;

4) совместное с клиентом перерабатывание проблемы;

5) заключение динамического контракта (т. е. согласование с клиентом организационных аспектов и доли ответственности каждого из участников, выявление и коррекция нереальных ожиданий пациента);

6) формирование вариантов возможных решений проблемы (консультант, исходя из своего профессионального и жизненного опыта, дает рекомендации только после того, как пациент сформулировал 2–3 решения);

7) принятие оптимального решения из представленного регистра с точки зрения пациента; 8) закрепление мотивационных аспектов и планирование путей и способов реализации выбранного плана;

9) в конце консультирования предоставление пациенту права при необходимости повторного приема или назначение впоследствии дополнительной встречи. Частным случаем психологического консультирования является семейное консультирование. В качестве клиента здесь рассматривается семья в целом, а проблема – как общая.

Обучение психологической саморегуляции. Основными задачами являются выделение состояния человека как объекта воздействия и изыскание собственных внутренних ресурсов организма, способных оказать психическое самовоздействие. Выделяют такие приемы, как самоприказ, самоисповедь, самоубеждение, ритуальные действия. Возможно использование целых комплексов саморегуляции: техники релаксации, аутогенной тренировки и др. Релаксация представляет собой начальный этап аутогенной тренировки, характеризуется ощущением внутреннего комфорта, снятием напряжения, тревоги, беспокойства.

Техника нервно-мышечной релаксации основана на физиологическом воздействии на костно-мышечную систему и состоит из серии упражнений, расслабляющих основные группы мышц тела. Каждое упражнение состоит из чередования сильного напряжения и резкого расслабления тех или иных групп мышц. Аутогенная тренировка заключается в технике овладения собственными эмоциями, тренировке воли и внимания с формированием привычки к самонаблюдению и самоотчету. Низшая ее ступень подразумевает воздействие на вегетативные функции: регулирование числа дыхательных движений, сердцебиений, мышечного напряжения, ощущение тепла и холода в определенных частях тела. В случае успешного овладения перечисленными приемами можно переходить к высшей ступени аутогенной тренировки, заключающейся в умении управлять такими психическими функциями, как внимание, воображение, мышление, воля, эмоции.

Психологический тренинг

Его целями являются: личностный рост, обучение разнообразным психологическим техникам, отработка новых вариантов поведения в известных ситуациях. Групповой психологический тренинг направлен на формирование навыков самопознания, саморазвития и самокоррекции. Его отличием от психотерапии является отсутствие собственно лечения. Психологический тренинг может проводить медицинский психолог или психолог без медицинского образования совместно с психотерапевтом. Отличительными чертами тренингов, отличающими их от других методов психологии, являются нацеленность на саморазвитие участников процесса, работа с относительно постоянной группой в течение нескольких дней подряд (работа должна проходить в удобном изолированном помещении), соблюдение атмосферы раскрепощенности и психологической безопасности между участниками группы, применение активных методов групповой работы, развивающих и анализирующих ситуацию «здесь и теперь», вербализованная рефлексия. Основными целями, объединяющими различные тренинговые группы, являются самоисследование и развитие

самосознания участников группы с целью коррекции или профилактики эмоциональных нарушений, изучение психологических закономерностей и эффективных способов взаимодействия личностей с целью гармонизации общения с окружающими, исследование конкретных психологических проблем участников группы с целью предложения методов их решения, оптимизации субъективного самочувствия и укрепления физического здоровья, содействие процессу личностного совершенствования, реализации творческого потенциала для оптимизации жизнедеятельности и получения успеха.

Основные принципы работы в тренинговых группах, характерные для большинства из них:

1) предметом анализа являются процессы, происходящие «здесь теперь»;

2) требуются самораскрытие, искренность и откровенность;

3) основное внимание участников должно быть сосредоточено на самопознании и самоанализе;

4) психологический тренинг является активной формой обучения и развития, поэтому активность каждого из участников обязательна;

5) при обращении друг к другу следует использовать местоимение «ты» независимо от пола, возраста и социального статуса, на время проведения тренинга желательно выбрать себе «игровое имя».

Характеристика психотерапевта

Необходимо охарактеризовать личностные аспекты данного специалиста, влияющие на процесс лечения. Возраст, пол и этническая принадлежность обычно не оказывают существенного влияния на процесс взаимодействия, однако, если они сходны с такими же характеристиками пациента, вероятно, это обстоятельство окажет положительное влияние на процесс лечения. Более значимыми характеристиками являются умение устанавливать доверительные отношения с пациентом, профессионализм и опыт, уверенность в себе, чувство собственного достоинства и уважение к больному. Психотерапевт, обладающий данными характеристиками, с самого начала общения в результате манеры взаимодействия с пациентом способен улучшить его самооценку, а значит, достичь промежуточного результата своей деятельности.

Характеристика пациента

Для эффективного взаимодействия в процессе психотерапии важны следующие особенности пациента:

1) привлекательность пациента (высокий интеллектуальный уровень, социальное благополучие, внешность и пр.); эта характеристика не является постоянной и может меняться по мере узнавания и взаимодействия;

2) соответствие ожиданий пациента и предложений психотерапевта; при их существенном несоответствии у пациента может сложиться негативное мнение о компетентности психотерапевта, что непременно отразится на эффективности проводимых мероприятий;

3) степень готовности пациента приступить к лечению или степень сопротивления оказываемым воздействиям. Если она высока, то без предварительной работы, направленной на осознание человеком своей проблемы и необходимости ее решения, все остальные мероприятия будут бессмысленны. Этот фактор коротко называют степенью дефензивности;

4) характер решаемой проблемы и степень ее интенсивности;

5) отсутствие или наличие поддержки со стороны окружающих (родственников, друзей, коллег по работе). При отсутствии поддержки на пациента влияет дополнительный стрессовый фактор: посещая психотерапевта, он должен поступать вопреки мнению окружающих, при наличии поддержки появляется дополнительный фактор, способствующий эффективному взаимодействию.

Характеристика психотерапевта и пациента

Обычная человеческая симпатия является наиболее благоприятной характеристикой. Хорошо, если она возникла спонтанно, при первом контакте. Психотерапевтическое взаимодействие предполагает в большинстве случаев длительное сотрудничество, поэтому межличностная привлекательность будет служить хорошим подспорьем при возникновении трудностей в общении. Лечение вообще может стать невозможным при возникновении антипатии, в этом случае можно получить обратный эффект от психотерапии. Если симпатия не возникает самостоятельно, ее желательно развивать, идя навстречу друг другу. Другим существенным аспектом является соразмерность личностных характеристик лечащего и лечащегося, к ним относятся темперамент, стиль общения, характер образования и некоторые другие. На то, каким вообще может быть рассматриваемый дуэт, влияют определенные организационные факторы.

Вероятность обращения к психологу или психотерапевту больше у городских жителей, чем у сельских, прежде всего из-за удаленности медицинской и психологической помощи от сельского населения. Экономическая доступность также имеет значение, так как не все государственные учреждения располагают психологическим консультированием, наличием в штатном расписании психотерапевта, а тарифы частных лечебных учреждений недоступны широким слоям населения, следовательно, их пациентами будут обеспеченные люди со своими особенностями психологии.

Этапы психотерапевтического воздействия (похожи на этапы психологического консультирования):

1) достижение доверительного контакта с пациентом, установление мотивации к лечению;

2) выяснение для врача и пациента источников и причин возникновения эмоциональных и поведенческих проблем;

3) установление точек приложения психотерапевтического воздействия;

4) применение конкретных методов для устранения выявленных нарушений;

5) закрепление полученного эффекта;

6) окончание курса лечения, профилактика возможного возникновения зависимости от психотерапевта.

Общие факторы психотерапевтического воздействия:

1) отношения сотрудничества между лечащим и получающим лечение;

2) уверенность пациента в возможности решения своей проблемы, откуда проистекает готовность к обсуждению;

3) обучающее воздействие психотерапевта методом информирования;

4) изменение поведения пациента вследствие одобрения или неодобрения врача;

5) приобретение новых социальных навыков на примере модели психотерапевта;

6) приведение поведения пациента к более адаптивным нормам;

7) применение методов убеждения и внушения.

Психотерапия носит интердисциплинарный характер как следствие ее широкого и эффективного применения. В круг ее задач входят собственно лечебные, лечебно-профилактические и лечебно-реабилитационные действия. Прежде всего прямое использование лечебного действия психотерапии осуществляется при заболеваниях, в причинах и развитии которых решающее значение имеет психический (психологический) фактор. К ним относятся все неврозы, другие пограничные состояния и психосоматические расстройства. Лечебно-профилактическое воздействие психотерапии необходимо при воздействии на соматические заболевания и их последствия, опираясь на психологические и психосоциальные реакции на них (реакция личности на факт заболевания, вынужденное изменение социального статуса или характера профессиональной деятельности, вынужденный отказ от тех или иных потребностей, отношений, вынужденная переоценка ценностей), при некоторых соматических расстройствах, оказывающих влияние на поведение и эмоциональный фон пациента (например, при остром нарушении мозгового кровообращения). Задачи психотерапевтических методов в процессе лечебно-реабилитационного воздействия особенно актуальны при хронических, длительно или вяло текущих заболеваниях при отсутствии перспективы полного выздоровления. В ходе реабилитации решается задача адаптации и реадаптации больного к изменившимся условиям его жизни сначала в условиях лечебного учреждения, затем вне его с возрастанием интенсивности включения в социальную жизнь. Учитывая возрастающее с каждым годом количество инвалидов в нашем обществе, психотерапевтические мероприятия реабилитационной направленности приобретают все более важную роль.

Интердисциплинарный характер психотерапии находит все большее отражение в организации психотерапевтической службы и организации обучения по специальности «Психотерапия». Увеличивается количество психотерапевтических кабинетов поликлиник и стационаров и штатных единиц по данной специальности. Растет число реабилитационных центров различной специализации. Психотерапия включается в территориальные программы обязательного медицинского страхования, растет число кабинетов психологической коррекции и психологической помощи на промышленных предприятиях, государственных и частных учреждениях, служб психологического консультирования на коммерческой и бесплатной основе. Увеличивается число телефонов доверия, уважающие себя крупные организации считают престижным иметь комнаты психологической разгрузки и штатного психолога-консультанта. Развивается школьная психологическая служба. Расширение показаний к использованию психотерапии осуществляется и через

развитие службы семейных врачей, врачей общей практики, появление новых врачебных специальностей, таких как, например, врач восстановительной медицины.

Показания к психотерапии

Показания к психотерапии весьма широки вследствие комплексного подхода к диагностике и лечению различных заболеваний, учитывающего наличие в этиологии и патогенезе трех факторов (биологического, психологического и социального), что делает необходимым воздействие, направленное на каждый из указанных факторов. Таким образом, психотерапия применяется как основной или дополнительный вид лечения у пациентов почти с любой патологией. Различаются только объем и направленность психотерапевтических вмешательств. Они определяются значением психологического фактора в возникновении и развитии данного заболевания, а также предполагаемыми последствиями перенесенного ранее или текущего патологического процесса. Чем более выражен психогенный фактор в природе текущей болезни, чем яснее прослеживается связь между психотравмирующей ситуацией, особенностями травмированной личности и возникшим заболеванием, тем больше потребность в психотерапевтическом вмешательстве, тем больше будет ее удельный вес среди прочих лечебных мероприятий. Кроме того, показания обусловлены прогнозируемыми последствиями болезни. Последствия могут быть клинического, психологического или социально-психологического характера. Возможно развитие вторичной невротизации, которая будет вызвана не чисто психологическими причинами, а психотравмирующей ситуацией, в качестве которой выступает переносимое заболевание.

Другим показанием к психотерапии является неадекватная реакция личности на болезнь, возможно, вследствие исходных особенностей данной личности. Неадекватная реакция, например ипохондрического характера, будет усугублять течение болезни. Назначаемая психотерапия в данном случае призвана воздействовать на эмоциональный фон и улучшать общий настрой больного на процесс лечения и стремление к выздоровлению. У некоторых заболеваний возможны психологические и социально-психологические последствия. Тяжелая болезнь способна существенно изменить привычный образ жизни человека, сделать невозможной реализацию значимых потребностей и стремлений, к которым он привык, может привести к необходимым переменам в личной жизни и профессиональной деятельности, сужению круга интересов, нарушению работоспособности, ограничению социальных контактов, что в целом приводит к занижению самооценки, формированию неуверенности в себе. В результате возможны нарушения адекватных стереотипов реагирования, эмоционального и поведенческого.

Еще одним показанием к назначению психотерапии являются длительно протекающие хронические заболевания, в результате которых происходят трансформация личностных особенностей, формирование мнительности, тревожности, плаксивости, эгоизма и эгоцентризма. Помимо перечисленных показаний, основанных на нозологических формах, обязателен индивидуальный подход, учитывающий психологические особенности личности, наличие достаточной мотивации или достаточных возможностей формирования мотивации к использованию психотерапии как метода воздействия, положительный или отрицательный опыт применения психотерапии в прошлом, если он был.

Организация режима отдыха и режима питания

Эти методы воздействия на психоэмоциональное состояние человека на первый взгляд не требуют обсуждения. Любой разумный человек понимает, что сон должен

составлять около 8 ч в сутки, что питание должно быть регулярным, сбалансированным, последний прием пищи должен осуществляться не позднее чем за 2 ч до сна. Насколько эти правила являются общеизвестными, настолько же часто и легко нарушаются. Нарушая эти явные аксиомы, человек считает, что однократное нарушение не окажет существенного отрицательного влияния на его состояние, и это действительно так. Проблема состоит в том, что такие нарушения в дальнейшем входят в привычку, расстаться с которой гораздо сложнее, чем приобрести ее.

Потребность в ночном отдыхе в среднем составляет 8 ч в сутки. Есть индивидуумы, для которых является достаточным 5–6 ч в сутки, а другим необходимо не менее 10 ч. Эти потребности являются индивидуальными физиологическими особенностями каждого, заложены на генетическом уровне, так же как цвет кожи, разрез глаз и иное, поэтому с ними необходимо считаться. Для реализации необходимой потребности во сне необходимо выработать четкое время, в которое человек ложится спать и в которое встает, вариации в зависимости от дней недели не должны превышать 1–2 ч в ту или другую стороны, желательно избегать даже этих колебаний. Соблюдение этого правила поможет выработке условных рефлексов, способствующих быстрому засыпанию, эффективному глубокому сну и облегчит процесс утреннего вставания. Если человек постоянно спит недостаточное для него количество часов, но ложится и встает в одно и то же время, работоспособность его будет выше, процесс утреннего вставания будет легче, чем у того, кто не соблюдает режим сна.

Те, кто постоянно в течение рабочей недели вынуждены спать меньше, чем составляет их потребность во сне, стремятся компенсировать недостаток сна в выходные дни. Это необходимо, но в меру, нельзя слишком затягивать утреннее вставание, это приводит к разрегулированию биологических ритмов, к которым организм привык, вызывает чувство разбитости, апатии, депрессии, несмотря на продолжительный сон перед этим.

Соблюдение режима питания столь же важно, как и правильный сон. Одно из распространенных нарушений – отказ от завтрака или замена его чашкой чая или кофе. Завтрак должен быть обязательно, он не должен быть слишком обильным, чтобы не создавать дискомфорта, но калорийность его должна быть достаточно высокой, чтобы обеспечить организму активную деятельность до обеда.

Другим распространенным нарушением является употребление всевозможных бутербродов и булочек вместо обеда. Они создают чувство сытости на непродолжительное время, это приводит к тому, что оставшуюся часть дня человек либо борется с голодом, либо постоянно что-то дополнительно перекусывает. Вечером, приходя домой, в спокойной обстановке организм пытается компенсировать недостатки питания в течение дня, проявляя свои потребности волчьим аппетитом. Если в силу разнообразных причин нет возможности полноценно пообедать в обеденное время, нужно сделать дополнительный прием пищи, а обед сместить на более позднее время, но не исключать его, надеясь на ужин.

Перечисленные нарушения режима питания влияют как на соматическое состояние, так и на психологическое. Соматическое состояние страдает в результате нарушения режима выработки пищеварительных ферментов, что приводит к различным заболеваниям желудочно-кишечного тракта. С психологической точки зрения проблема заключается в увеличении числа отрицательных эмоций по поводу чувства голода днем, переедания и связанного с ним дискомфорта вечером, что в дальнейшем часто приводит к избыточному весу и дополнительным переживаниям, а любые отрицательные эмоции провоцируют дополнительные соматические нарушения.

Данный метод регуляции психического состояния необходимо использовать при всех заболеваниях, в этиологии и патогенезе которых присутствует психологический фактор независимо от значимости его роли.

Рефлексотерапия

Основными механизмами данного метода являются активизация адаптационных и защитных механизмов, создание организму возможностей обеспечения постоянства внутренней среды энергетически более выгодными путями. Результатами эффективной рефлексотерапии являются повышение работоспособности, уменьшение утомляемости, улучшение иммунных механизмов. Воздействие может быть механическим (иглотерапия), термическим (прижигание или прогревание), электрическим (электропунктура), электромагнитным (лазеротерапия, магнитотерапия), в результате телесного контакта (массажа, физических упражнений, выполняемых попарно).

Интересен механизм воздействия на организм телесного контакта. В результате пережитой психотравмирующей ситуации любой природы возможна утрата чувства защищенности, которое закладывается в детстве в результате телесного контакта со взрослыми, в основном с матерью. Поэтому в результате телесного контакта может восстановиться утраченное глубинное чувство надежности и поддержки, вернуться способность близкого эмоционального контакта с другими людьми. Метод рефлексотерапии считается наиболее эффективным при использовании его в лечении заболеваний, в генезе которых психологический фактор играет не решающую роль, а является реакцией на длительное хроническое заболевание, требующее от больного приспособительных реакций.

Физиолечение

Физиолечение может быть следующим:

1) воздействие постоянными или импульсными токами низкого напряжения;

2) воздействие токами высокого напряжения;

3) воздействие полями (электрическими, магнитными, электромагнитными);

4) воздействие электромагнитными колебаниями светового диапазона;

5) воздействие изменениями воздушной среды;

6) использование воды в лечебных целях;

7) воздействие механическими колебаниями среды;

8) воздействие теплом и холодом в различных сочетаниях.

Все методы физиотерапии основаны на мобилизации восстановительных процессов больного организма, способствуют активизации защитных ресурсов, иммунных механизмов организма, находящегося в неблагоприятных условиях, состоянии предболезни. Учитывая разнообразие методов физиотерапии, они могут применяться при большом количестве заболеваний, в этиопатогенезе которых присутствует психологический фактор, независимо от значимости его роли.

Фитотерапия. Фармакотерапия

Необходимость и возрастающая популярность фитотерапии объясняется многими факторами, основными из них является более мягкое воздействие на организм, чем любых фармакологических средств, минимизация побочных эффектов и аллергических реакций. С психологической точки зрения лечение травами ассоциируется с природой и воспринимается как более естественный метод лечения (наподобие диетического питания). До сих пор в ряде случаев больные негативно воспринимают сам факт необходимости назначения медикаментов. Начиная лечение таких пациентов травами, врач постепенно формирует мотивацию к более серьезному лечению. Хорошим подспорьем в выборе лекарственного растения является многосторонность воздействия каждого конкретного растения. Порой, назначая один травяной препарат, мы имеем возможность повлиять сразу на несколько функций.

Основными лечебными эффектами, получаемыми при использовании фитотерапии, являются:

1) гипотензивное или гипертензивное;

2) успокаивающее или тонизирующее;

3) слабительное и вяжущее;

4) противовоспалительное, отхаркивающее, жаропонижающее;

5) фитонцидное, бактерицидное, фунгицидное;

6) кровоостанавливающее;

7) улучшающее аппетит.

Фармакотерапия в коррекции психического состояния пациента используется как дополнительное средство, когда без нее не удается обойтись, особенно если психологический фактор в этиопатогенезе заболевания играет ведущую роль. Следует помнить о возможности большого числа побочных эффектов и сопоставлять выраженность лечебного и побочного эффектов. Основная цель использования фармакологических средств в данном случае заключается в нивелировании отрицательных последствий стрессогенного воздействия окружающей среды или соматогенного влияния, если немедикаментозные средства не дали ожидаемого эффекта. С этой целью используются нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы, ноотропы.

Функциональное музыкальное и светомузыкальное воздействие

Воздействие этого метода основано на том, что музыка всегда оказывает огромное эмоциональное воздействие на человека. Действие ее непосредственно и ненавязчиво, ее влияние не зависит от уровня образования, возраста, социальной принадлежности. Музыкотерапию можно проводить индивидуально или групповым методом. Наиболее простой метод – это простое прослушивание музыки, подобранной в соответствии с психоэмоциональным состоянием пациента. Дополнительный, но менее индивидуализированный эффект будет иметь групповое прослушивание с последующим обсуждением. Применяется также активная музыкотерапия. Ее разновидностями являются музыкальное исполнение на каких-либо музыкальных инструментах (применение этого метода ограничено возможностями пациентов, имеющих или не имеющих музыкального образования), пение, танцы под музыку, сочинение музыкальных произведений при наличии познаний в этой области, рисование под музыку.

При использовании активных методов необходимо учитывать склонности и пристрастия пациентов. Если человек никогда не любил петь, вряд ли стоит ему предлагать участие в вокалотерапии, скорее он получит отрицательные эмоции, а может, и разочаруется в методе лечения музыкой в целом. Психологами и психотерапевтами музыка нередко используется как фон, на котором возможно более глубокое расслабление. В ряде случаев музыка используется как самостоятельное средство коррекции психического состояния. В процессе восприятия музыкального произведения в воображении слушателя создаются музыкальные образы, а также на основе механизма «опережающего отражения» каждый новый образ не только ожидается, но и запрашивается.

Подбор произведений должен соответствовать стилю проведения занятия, его целевой установке, методике проведения. При использовании музыки в сочетании с вокальным исполнением необходимо учитывать, что голос оказывает на психику более мощное воздействие, чем большинство музыкальных инструментов, поэтому голос должен звучать на языке, незнакомом слушателям. Это правило требует соблюдения при проведении групповых занятий, так как ассоциации, вызываемые словами, могут сильно различаться у разных слушателей.

Наоборот, при проведении индивидуальных занятий или сеансов можно использовать индивидуализированные подборки песен, ориентируясь прежде всего на понимание смысла, подобранного для решения конкретной задачи. Характер музыки в этом случае тоже необходимо учитывать, но это в данном случае отступает на второй план.

Интересен метод музыкотерапии, заключающийся в совместном исполнении песен и коротких куплетов, содержащих элементы самовнушения.

Одним из основных эффектов музыкотерапии является моделирование настроения. Классические произведения дольше других не вызывают эффекта пресыщения, но их лучше использовать в современных обработках, при этом отмечается меньше эмоциональных перепадов внутри одного произведения, что способствует достижению психотерапевтического эффекта. Электронно-акустическая музыка также располагает большими возможностями воздействия на психику человека. Психологи в своей работе используют произведения таких авторов, как К. Шульц, М. Китаро, Вангелис и др.

Недавно стала использоваться этническая музыка, возможности ее применения до конца не изучены. Речь идет о музыке, используемой в религиозных обрядах и шаманских ритуалах, она способствует активизации бессознательной психики, тех ее слоев, которые труднодоступны другим методам воздействия.

Ритм является одной из основных значимых характеристик музыкального воздействия на психику. Музыка быстрого ритма вызывает ассоциации с активными, быстрыми действиями, физическими движениями. В процессе психотерапевтических, психокоррекционных воздействий чаще используются произведения, исполняемые в медленном ритме. Психологу следует помнить, что в зависимости от остальных характеристик музыка медленного темпа может вызывать ассоциации разного характера: умиротворяющего, спокойно-задумчивого или скорбно-тоскливого. Последний вариант нежелателен.

Чаще всего музыку используют с успокаивающей целью, ее задачами являются облегчение снятия психоэмоционального и мышечного напряжения, уменьшение утомляемости, ускорение восстановительных процессов в организме. Успокаивающая музыка должна характеризоваться тихим или умеренно громким звучанием, мягкой

пульсацией, отсутствием резких перепадов, плавным, размеренным движением, неторопливыми темпами, ласкающим слух ритмическим рисунком. Несмотря на указанные характеристики, мелодия должна быть яркой, привлекающей внимание, с длинными музыкальными фразами. В успокаивающей музыке мелодичность важнее ритмичности, хороший эффект дает плавное возникновение звуков из тишины и такой же постепенный уход в тишину, который должен ассоциироваться у пациента с плавным исчезновением усталости и нервного напряжения.

Помимо музыкальных произведений, в процессе музыкотерапии эффективно использовать голоса птиц, шум леса, звуки прибоя, шум дождя и других природных явлений с приятным звучанием и ассоциациями.

Программе музыкального воздействия может помочь цветодинамическое сопровождение, усиливающее планируемое воздействие. Цветомузыкальное сопровождение рекомендуется использовать во вводной части сеанса релаксации для достижения полного расслабления и в завершающей – для выхода из состояния аутогенного погружения. Психофизиологические исследования показывают, что продолжительность вводной части должна составлять 8—12 мин, завершающей – 5–8 мин.

Воздействие цвета, запахов

Воздействие цвета на психическое состояние человека основано на взаимодействии соответствующих рецепторов сетчатки глаза с электромагнитными волнами. Цветовые предпочтения конкретного индивидуума используются в качестве диагностических критериев. Длинноволновая часть волны видимого спектра действует стимулирующе, возбуждает, мобилизует. Наибольшая длина волны – у красного цвета, меньше у оранжевого, желтого. Коротковолновая часть волны (начиная с голубого) успокаивает и даже угнетает.

Воздействие света на психоэмоциональное состояние зависит и от локализации излучения. Красный цвет, расположенный сверху, окажет мобилизующее действие, а расположенный внизу – неприятное, неестественное, обжигающее. Розовый цвет сверху способствует ощущению легкости, воздушности, а если он расположен внизу, то будет ассоциироваться с обонятельными ощущениями. Коричневый цвет вверху вызывает чувство тяжести и давления, а при расположении внизу – ощущение уверенности и твердости.

При изучении физиологических результатов светового воздействия выяснено, что ультрафиолетовые лучи влияют на повышение тонуса симпатической нервной системы, в частности на повышение давления; инфракрасные лучи снижают активность симпатической нервной системы, вызывают гиперемию кожи, понижают давление.

Запахи воздействуют на наш организм на уровне подсознания, вызывают ассоциации и воспоминания. Воздействие запахов обусловлено взаимодействием пахучих веществ и обонятельных рецепторов верхней носовой раковины и носовой перегородки. Стимулирующие и тонизирующие запахи применяются при гиподинамии, они активизируют нервную систему. К наиболее известным относятся гвоздика, мята, можжевельник, лимон, кориандр, розмарин. Успокаивающие запахи используются при переутомлении, к наиболее известным относятся жасмин, мелисса, ванилин, герань, укроп, ромашка. Лицам, находящимся в состоянии хронического стресса или часто попадающим в стрессовые ситуации, рекомендуют антистрессовые ароматы – кориандр, лаванда, бергамот, герань, жасмин, мимоза. Освежающим и

гармонизирующим эффектом обладают запахи мандарина, лимона, апельсина, сандала.

Библиотерапия

Она бывает специфическая и неспецифическая. Неспецифическая библиотерапия подразумевает стимуляцию неспецифических процессов удовольствия, удовлетворенности, уверенности, успокоения, активности методом прочтения художественной литературы соответствующей направленности, повествующей о людях, справившихся со своими переживаниями и достигших успехов, подобных тем, к которым стремится пациент. В результате такого прочтения должны наступать улучшение эмоционального фона в целом, активизироваться процессы саморегуляции, направленные на стимуляцию восстановительных общеукрепляющих процессов в организме.

Специфическая библиотерапия направлена на конкретные психологические процессы, нарушенные или труднопротекающие у данного индивидуума. В данном случае используется научная медицинская или психологическая литература, помогающая пациенту понять причину его проблем и найти подходящий способ разрешения конфликта. Помимо научной литературы, некоторые психотерапевты используют в таких случаях восточные притчи, содержащие очень мудрые советы и рассуждения. Восточные притчи, не давая прямых советов и назиданий, позволяют читателю самому делать выводы, корректировать свое поведение в соответствии с ними, не теряя чувства собственного достоинства, как если бы ему прямо и открыто пришлось признать свою неправоту.